

Université de Sherbrooke

**Quel est le profil des patients qui profitent davantage du Centre de Rétablissement
Intensif du CHUS?**

Par
Pascal Lambert-Comeau
Programme de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Mai 2018

Membres du jury d'évaluation
Nadine Larivière, Ph.D, erg., Directrice, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation
Pasquale Roberge, Ph.D, Évaluatrice interne, Département de Médecine de famille et
médecine d'urgence.
Brigitte Vachon, Ph.D, erg., Évaluatrice externe, Programme d'ergothérapie, École de
Réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal.

© Pascal Lambert-Comeau, 2018

SOMMAIRE

Quel est le profil des patients qui profitent davantage du Centre de Rétablissement Intensif du CHUS?

Par

Pascal Lambert-Comeau

Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Problématique. Les hôpitaux de jour psychiatriques constituent une alternative parmi les approches intensives à l'hospitalisation en santé mentale, avec des preuves raisonnables quant à leur utilité auprès de populations cliniques psychiatriques. Or, il y a paucité dans la littérature sur le profil des patients pouvant retirer des bénéfices optimaux de ce service. **Objectifs.** 1) Décrire l'évolution des patients traités aux deux hôpitaux de jour du CHUS pendant le suivi et six mois post intervention; 2) Examiner les caractéristiques des patients qui bénéficient le plus des deux hôpitaux de jour du CHUS; 3) Évaluer la satisfaction des patients traités à l'hôpital de jour du CHUS envers les services reçus. **Méthodes.** Un devis pré-expérimental de type pré/post test a été sélectionné. Des questionnaires validés évaluant des variables considérées comme d'intérêt clinique ont été administrés en trois temps, soit 1) au cours de la première semaine d'admission, 2) à la fin du programme et 3) six mois après la fin du programme. **Résultats.** Pour le volet psychotique, tant le recrutement que la rétention a été difficile, ne recueillant que quatre participants ayant complété le temps 1 un an après le début de l'étude. Ainsi, le recrutement a été cessé et les analyses pour ce volet n'ont pas pu être effectuées. Pour ce qui est du volet des troubles affectifs ($n = 68$) l'évolution au cours du programme ($n = 42$) montre une amélioration significative ($p \leq 0,001$) et de taille d'effet modérée à élevée (0,57 à 0,94) pour l'ensemble des variables étudiées. Ces gains sont consolidés six mois suite à la fin du programme ($n = 29$), avec une amélioration significative se poursuivant pour la mesure de la réalisation de la participation sociale ($p = 0,05$). Aucune des variables cliniques à l'admission n'est corrélée significativement avec un changement dans la perception du rétablissement. Toutefois, les personnes célibataires ont vu leurs symptômes anxieux s'améliorer davantage que les personnes en union ($p = 0,03$). La satisfaction globale envers le programme était élevée et l'implication des familles était le domaine affichant le taux de satisfaction le plus bas. **Discussion et conclusion.** Un taux élevé de perte au suivi limite la généralisation des résultats. Les données suggèrent que l'hôpital de jour est bénéfique chez les personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs et soutient leur rétablissement. L'implication des proches apparaît comme un point important à améliorer pour les patients et constitue une piste de recherche future.

Mots clés : Santé mentale, hôpital de jour, rétablissement, recherche évaluative.

SUMMARY

Clinical progress of clients with mood and anxiety disorders in a day hospital program: are there clients who benefit more?

By
Pascal Lambert-Comeau
Clinical sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Clinical sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction. Psychiatric day hospitals have been part of the continuum of care in mental health for several decades, with reasonable support as an alternative to inpatient care for acute illnesses. Despite existing literature on the subject, it is still unclear, which patient characteristics influence who benefit the most from these services. **Objectives.** Objectives were 1) to describe the progress of patients admitted in a day hospital during the intervention and six months after; 2) to investigate patient characteristics who improved the most; 3) to evaluate patient satisfaction toward services. **Methods.** A pretests/posttest, preexperimental design was selected. Validated questionnaires representing variables of interest were passed at three times: 1) at admission, 2) at the end of the day hospital program and 3) six months afterwards. The dependant variable was the patient's perception of recovery. **Results.** Enrollment and retention was a major issue for the psychotic program, leading to only 4 patients completing the first set of questionnaires. Thus, recruitment was discontinued and no analysis could have been extracted from data. For the affective program, findings ($n = 42$) showed a significant and positive change for all studied variables during the day hospital program ($p \leq .001$) with moderate to high effect size (0.57 to 0.94) and maintenance of gains at six months ($n = 29$), with a continued improvement regarding global realization of social participation ($p = 0.05$). There was no clinical variable at baseline that predicted significantly changes in recovery during the day hospital program. However, those who were single seemed to improve more with regards to anxiety symptoms ($p = 0.03$). Satisfaction toward services was high and family involvement was an aspect that could be improved. **Discussion and conclusion.** A high dropout rate affects generalization capacity. Data suggest that psychiatric day hospital is beneficial for people with mood and anxiety disorders. There seems to be an advantage for single social, pointing to social support as a significant therapeutic ingredient. Engaging the significant other is noted by participants as a domain to improve, leading to interesting perspectives on how to achieve such goals in the current program.

Keywords : Mental health, day hospital, partial hospitalization, recovery, program evaluation

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	4
2.1 Hôpitaux de jour psychiatriques	4
2.1.1 Historique.....	4
2.2 Description des hôpitaux de jour.....	6
2.2.1 Définitions.....	6
2.2.2 Types d'hôpitaux de jour et position dans le continuum de soins	7
2.2.3 Les hôpitaux de jour psychiatriques au Québec.....	8
2.2.4 Le Centre de rétablissement intensif du CIUSSS Estrie-CHU Hôtel-Dieu.....	9
2.3 Évaluation des interventions dans les hôpitaux de jour psychiatriques	11
2.3.1 Gravité des symptômes	12
2.3.2 Fonctionnement social	13
2.3.3 Fardeau pour les familles	13
2.3.4 Qualité de vie	14
2.3.5 Estime de soi	14
2.3.6 Satisfaction envers les services reçus.....	14
2.3.7 Évaluation économique.....	15
2.4 Impact des hôpitaux de jour selon le profil de patients.....	16
2.5 Rétablissement et hôpitaux de jour	17
2.6 L'offre de services en soins aigus	18
2.6.1 Gestion de cas et suivi intensif dans la communauté.....	19
2.6.2 Interventions de crise	21
2.7 Approche proposée	23
CHAPITRE 3 : MÉTHODES	24
3.1 Recherche évaluative	24
3.2 Déterminants de la réponse clinique	25
3.3 Outils de mesure	27
3.4 Devis	34
3.5 Participants.....	35
3.6 Taille d'échantillon	36

3.7 Recrutement	37
3.8 Procédure de cueillette de données	37
3.9 Analyses des données.....	38
3.10 Diffusion des résultats.....	39
3.11 Considérations éthiques	39
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	41
4.1 Avant-propos.....	41
4.2 Article 1	42
CHAPITRE 5 : DISCUSSION	75
CHAPITRE 6 : CONCLUSION	83
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	85
ANNEXE A. Formulaire de consentement, volet troubles psychotiques.....	94
ANNEXE B. Formulaire de consentement, volet troubles affectifs.....	101
ANNEXE C. Grille sociodémographique.....	108
ANNEXE D. Échelle des symptômes positifs et négatifs	111
ANNEXE E. Mesure des habitudes de vie	113
ANNEXE F. Échelle d’insight de Birchwood.....	115
ANNEXE G. Échelle d’évaluation du rétablissement.....	116
ANNEXE H. Verona Service Satisfaction Scale – version européenne.....	119
ANNEXE I. Inventaire de dépression de Beck	125
ANNEXE J : Questionnaire d’évaluation personnelle	129
ANNEXE K : Échelle d’évaluation du TOC de Yale-Brown	131
(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs).....	132
ANNEXE L : Five Facet Mindfulness Questionnaire, adaptation française	133
ANNEXE M. Échelle d’alexithymie de Toronto	135

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Variables Issues cliniques selon les deux volets.....	26
Tableau 2	Questionnaires utilisés dans les deux volets cliniques.....	27
Tableau 3	Outils utilisés uniquement pour le volet affectif.....	30
Tableau 4	Outils utilisés uniquement pour le volet psychotique.....	34
Tableau 5	Critères d'admissibilité, volet troubles affectifs.....	35
Tableau 6	Critères d'admissibilité, volet troubles psychotiques.....	36

Tableaux de l'article 1

Table 1	Characteristics of the sample (n = 68).....	51
Table 2	Clinical progress during day hospital.....	53
Table 3	Clinical progress six months after discharge of day hospital.....	54
Table 4	Correlation between variables at T1 and changes in recovery between T1 and T2	55
Table 5	Changes between T1 and T2 depending on marital status	56
Table 6	Satisfaction scores at T2.....	57

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAOR	Service d'accueil, analyse, orientation et référence
ACT	Assertive community treatment
AHQ	Association des Hôpitaux du Québec
BDI	Beck Depression Scale
BIS	Birchwood Insight Scale
BPRS	Brief psychiatric rating scale
CRI	Centre de Rétablissement Intensif
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDEN	European Day Hospital Evaluation
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
ICM	Intensive care management
LIFE-H	Assessment of Life Habits Questionnaire
LSAS	Liebowitz Social Anxiety Scale
MHAVIE	Mesure des Habitudes de Vie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PANSS	Positive and Negative Symptoms Scale
PASM	Plan d'action en santé mentale
RAS	Recovery Assessment Scale
SBAS	Social Behaviour Assessment Schedule
SBNI	Soutien de base non-intensif
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
STAI	State-trait Anxiety Inventory
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale
VSSS-EU	Verona Services Satisfaction Scale, European Version
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

REMERCIEMENTS

*À Evelyne et les garçons, pour donner du sens à mes projets;
Aux collègues pour leur soutien et leur compréhension.*

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

On définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (Organisation Mondiale de la Santé, 2013, p. 42). Santé Canada, dans son plus récent rapport sur l'état des lieux en matière de santé mentale daté de 2015, caractérise les maladies mentales par « des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement marqué. Elles découlent d'interactions complexes de facteurs, biologiques, psychosociaux, économiques et génétiques. Les maladies mentales peuvent toucher les personnes de tout âge, mais elles apparaissent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte » (Agence de santé publique du Canada et Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, 2015).

Les troubles mentaux et les conditions neurologiques connexes et d'abus de substance, fréquemment co-morbides, représentaient 13% de la charge mondiale de morbidité en 2004 (OMS, 2013). La dépression à elle seule en représente 4,3% et compte parmi les plus importantes causes de maladie à travers le monde, se situant au premier rang pour les années vécues avec invalidité et au quatrième rang pour le nombre d'année sans invalidité perdues. Au Canada, on estime qu'environ 20 % de la population souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie et qu'une personne sur sept utilisera des services dans la prochaine année pour sa santé mentale. Les conséquences sociales sont profondes, attendu que les troubles mentaux représentent au Canada près du quart des années de vie perdues et sont la principale cause d'invalidité au Canada.

Parmi les indices de sévérité, le plan d'action en santé mentale définissait, dans sa version 2005-2010 (et absente de sa dernière édition) que « les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité

fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves. » (Delorme, 2005)

Le fardeau économique associé est considérable, où les coûts en 2008 étaient estimés à 8 milliards de dollars au Canada pour les coûts directs et entre 11 et 50 milliards de dollars pour les coûts indirects (Agence de santé publique du Canada et Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, 2015).

Lorsque survient une décompensation aiguë et grave d'une maladie mentale, par exemple l'émergence de dangerosité de la personne envers elle-même ou pour autrui, l'hospitalisation est une avenue fréquemment employée à l'intérieur du continuum de soins. Selon l'enquête québécoise sur l'expérience de soin, 4,9 % de toutes les admissions dans les hôpitaux généraux étaient attribuables à des problèmes ou troubles de santé mentale (Institut de la statistique du Québec, 2013). Il s'agit d'une stratégie onéreuse pour les soins de santé alors qu'il existe des alternatives, tels que les programmes d'intervention de crise, les soutiens intensifs dans la communauté (modèles sur le *Assertive Community Treatment*, ACT) et les hôpitaux de jour psychiatriques, tel que le centre de rétablissement intensif (CRI) au CIUSSS Estrie-CHUS Hôtel-Dieu, le site où se déroule cette étude.

Ces programmes s'inscrivent dans le champ de la santé mentale en communauté, définie comme « les principes et pratiques pour promouvoir la santé mentale pour une population locale en 1) comblant les besoins populationnels par des moyens accessibles et acceptables; 2) en bâtissant sur les buts et les forces des personnes vivant avec la maladie mentale; 3) en promouvant un réseau de soutien, de services et de ressources de capacité adéquate et 4) mettant l'emphasis sur les services ayant des données probantes et basées sur le rétablissement » (Drake et coll., 2010). La littérature sur le sujet compte parmi ses objectifs de bien positionner les différents types de soins aigus selon les besoins des individus. Si l'opinion dominante confère aux hôpitaux de jour psychiatriques un rôle dans l'offre de service en santé mentale, en contexte d'allocation de ressources limitées, sa place est remise en question de manière cyclique par les décideurs et il n'est toujours pas clair à qui

devrait être proposés ces programmes afin de parvenir à une utilisation efficiente de ces ressources.

Par ailleurs, au cours de ma résidence en psychiatrie, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage comme résident senior au CRI et j'ai été sensibilisé à leur volonté de développer une approche réflexive sur les soins et leur impact sur les patients admis, que ce soit par rapport à leur évolution ou encore leur satisfaction quant aux services reçus. De fil en aiguille s'est structuré ce projet démarrant d'une volonté évaluative à laquelle s'est greffée une composante de recherche clinique novatrice pour mieux comprendre le profil des personnes avec des troubles dépressifs ou anxieux qui bénéficient d'un suivi en hôpital de jour.

Ce mémoire est construit de façon typique, où à la suite de cette introduction s'ensuivent la recension des écrits, la présentation de la problématique et des objectifs, la méthodologie, les résultats qui comprennent la présentation de l'article soumis comme premier auteur pour enchaîner ensuite avec la discussion, les conclusions et la bibliographie.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension couvre d'abord la description des hôpitaux de jour psychiatriques, pour ensuite y brosser le tableau de l'offre des services en soins aigus et d'y positionner les hôpitaux de jour. La section suivante dissèque les différents domaines retrouvés dans la littérature traitant des hôpitaux de jour et du rétablissement. La thèse de doctorat de ma directrice de recherche (Larivière, 2010) a servi de point de départ d'où a été entamée la recherche bibliographique. Les banques de données Pubmed, CINAHL et Psychinfo ont été consultées à partir de mai 2013 afin d'actualiser l'état de la recherche sur le domaine. La période couverte débutait de janvier 2011 jusqu'à mai 2013 avec comme termes de recherche « Psychiatry », les troncatures de « Partial Hospitalization » et « Day hospital ». Étaient exclus les articles écrits dans une autre langue que l'anglais et le français, traitant d'hôpitaux de jour ne s'adressant pas à une clientèle générale adulte ainsi que portant sur des cliniques surspécialisées s'adressant une problématique spécifique (notamment les troubles de la personnalité et les troubles alimentaires). Des treize articles révisés, la revue systématique de Marshall et coll. (2011) résumait éloquemment la position de la littérature à ce moment, à laquelle s'ajoutait l'étude de Priebe et coll. (2011). À trois reprises, des mises à jour ont été répétées entre 2015 et septembre 2017, permettant de découvrir les articles de Zeeck et coll. (2013 et 2016). Ont aussi été sollicités les documents de référence du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, de même que le moteur de recherche du Service des bibliothèques et des archives de l'Université de Sherbrooke, « l'outil de découverte », et des livres de référence en psychiatrie.

2.1 Hôpitaux de jour psychiatriques

2.1.1 Historique

Le premier hôpital de jour psychiatrique nord-américain a été fondé à Montréal en 1946 par le Dr Donald Ewen Cameron dans l'optique d'offrir des soins aux patients leur permettant de retourner auprès des leurs et reprendre le cours de leur vie le soir venu. De l'avis même du Dr Cameron, c'était le contexte de l'après-guerre où le monde occidental était témoin de changements sociaux majeurs, avec des besoins de services diagnostiques et cliniques

dépassant largement les capacités d'accueil des hôpitaux traditionnels. L'émergence d'approches psychosociales, telles que les thérapies occupationnelles, l'enrichissement de la compréhension de la dynamique de groupe et les percées dans les traitements « ambulatoires », initiées par les thérapies choc, électroconvulsive et insulinique, puis par les agents biologiques ont instauré un climat favorable à cette véritable révolution en psychiatrie (Cameron, 1967). On établit fréquemment l'Union Soviétique comme le véritable état pionnier en la matière, citant une description datant de 1937 où le Dr. Dzagharov ouvrait un hôpital psychiatrique sans lit, faute de moyens. (Cameron, 1967; Marshall et coll., 2011; Neffinger, 1981). Les États-Unis ont emboité le pas avec l'ouverture des cliniques de l'université Yale et Menninger à la fin des années 1940 et un jalon majeur dans leur intégration a été la mise en place en 1963 par le président Kennedy d'une loi incluant les hôpitaux de jour parmi les services fédéraux obligatoires en santé mentale (Sadock et coll., 2009).

Les décennies subséquentes ont été témoins de l'émergence du champ de la psychiatrie communautaire, favorisant l'accroissement des hôpitaux de jour parallèlement à l'avènement de la désinstitutionalisation. Qualifiée par certains de « phénomène de mode » plutôt qu'appuyée sur les données probantes (Creed et coll., 1989), cette croissance désorganisée a plafonné devant la compétition avec les suivis intensifs extra-hospitaliers et le développement de services communautaires. Elle a aussi favorisé certaines dérives, telle que l'admission de patients pour des durées indéfinies. L'explosion des coûts des soins hospitaliers a réactualisé les hôpitaux de jour comme alternative aux unités de soins (Marshall et coll., 2011). Au Québec, on considère que la Politique de santé mentale de 1989, inspirée du comité présidé par le Dr Gaston Harnois deux ans plus tôt, a véritablement légitimé les hôpitaux de jour dans les orientations ministérielles (Ministère de la santé et des services sociaux, 1989).

2.2 Description des hôpitaux de jour

2.2.1 Définitions

Les hôpitaux de jour ont longtemps été considérés comme la résultante des services ne pouvant être considérés comme relevant de l'hospitalisation ou des cliniques externes, tellement leur hétérogénéité rendait leur définition complexe (Neffinger, 1981). La première description officielle réalisée par le groupe de travail sur les hôpitaux de jour de l'Association Psychiatrique Américaine décrivait les hôpitaux de jour comme un programme ambulatoire incluant les modalités diagnostiques, médicales, psychiatriques, psychosociales et prévocationnelles établit pour des patients présentant un trouble mental grave requérant un traitement intensive, exhaustif et multidisciplinaire ne pouvant être accompli autrement dans un milieu externe (Casarino et coll., 1982). D'autres auteurs, comme ceux du *Partial Hospitalization Handbook* publié en 1982, ont également circonscrit dans leur définition la fréquence et la durée, soit des services offerts entre trois et douze heures par jour pendant au moins deux jours par semaine pour une durée d'au moins trois semaines (Schene, 2010).

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) définissait pour sa part les hôpitaux de jour psychiatriques comme un « service qui offre à l'externe un programme regroupant des activités d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi, principalement pour des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants. Il s'adresse aussi à des personnes en état de crise psychique entraînant une désorganisation majeure par rapport à leur niveau de fonctionnement antérieur, ou à des personnes qui risquent de traverser une telle crise. Dans un environnement où ce service n'existe pas, l'intensité des problèmes et de l'état de crise vécu entraîne l'hospitalisation des personnes » (Boisvert et Lacomte, 2005).

2.2.2 Types d'hôpitaux de jour et position dans le continuum de soins

Les hôpitaux de jour ont été classés selon la clientèle accueillie et la philosophie des soins offerts (Schene, 2010). On y retrouve différents programmes selon l'âge de la clientèle, dans les subdivisions historiques que sont la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et la gériopsychiatrie. Les entités diagnostiques distinguent souvent le type de patients admis, accueillant notamment les personnes atteintes de troubles dépressifs et anxieux, de troubles psychotiques, de troubles alimentaires, de dépendance aux substances ou de troubles de la personnalité. Diverses orientations de soin peuvent définir les hôpitaux de jour (Schene, 2010). Ils peuvent être intensifs, pour des patients atteints de troubles aigus et s'inscrivant comme alternative à l'hospitalisation. Ils peuvent aussi se présenter sous une perspective de réadaptation, en promouvant l'entraînement aux habiletés sociales ou vocationnelles et s'échelonner sur une période de quelques mois à un an. Ils peuvent enfin avoir un rôle de maintien d'une clientèle atteinte de troubles grave et persistants, dont la chronicisation plombe les perspectives d'amélioration et où les objectifs s'articulent autour du maintien des acquis. L'hôpital de jour peut donc s'avérer tant une alternative à l'hospitalisation qu'une façon de réduire la durée d'hospitalisation. Elle peut aussi être une transition entre l'unité de soin aigu et l'extérieur. Enfin, elle peut être une extension plus soutenue de services externes pour une clientèle lourdement affectée.

Ce faisant, elle comporte plusieurs avantages par rapport aux unités de soins traditionnelles. Elle permet de maintenir ou encore de reprendre les rôles sociaux de la personne, que ce soit en tant que conjoint, de parent ou de proche. Elle offre la possibilité de vaquer à ses responsabilités ou exercer un rôle occupationnel parallèle. Elle donne l'opportunité d'actualiser et de généraliser des compétences et des outils acquis dans sa vie personnelle et ses relations interpersonnelles. Elle nécessite une structure et une organisation plus importante que l'unité de soin, ce qui peut constituer une cible thérapeutique tout en luttant contre la régression (Schene, 2010). Par contre, il arrive que l'intensité de la maladie nécessite au contraire un niveau de soutien plus élevé, amenant comme corollaire des désavantages des hôpitaux de jour par rapport à l'hospitalisation. En

effet, les soins ne sont pas prodigués sur 24 heures et la gestion du comportement et de la dangerosité s'avère fréquemment la principale raison poussant les cliniciens à recourir à l'hospitalisation. De même, il est généralement exclu d'y admettre un patient sous garde en établissement ou en admission involontaire. Parfois, il arrive que le retrait temporaire d'un milieu toxique soit thérapeutique. Enfin, le voyageur peut constituer un réel défi pour certains.

2.2.3 Les hôpitaux de jour psychiatriques au Québec

La dernière recension transversale des hôpitaux de jour psychiatriques québécois remonte à 2000 pour le compte de l'Association des Hôpitaux du Québec (Serero et coll., 2000). Il y avait à l'époque 28 hôpitaux de jour sur les 65 établissements sondés, soit treize de plus que quatre ans auparavant et dont neuf programmes étaient à l'état incubateur.

Le diagnostic principal des personnes admises était les troubles affectifs majeurs dans 43,5% des cas estimés, qui comprenait aussi les états psychotiques aigus ou chroniques, les troubles de la personnalité, les états anxieux, les troubles adaptatifs et les problèmes liés à la médication. Les équipes, multidisciplinaires, étaient composées en majorité d'infirmières, de psychiatres, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et de psychologues, et dans une beaucoup plus faible mesure des éducateurs spécialisés, pharmaciens, omnipraticiens, diététistes et éducateurs physiques. Les ingrédients thérapeutiques comprenaient à la fois le volet médical, psychosocial et de réadaptation. Les approches comprenaient la pharmacothérapie, la psychoéducation et la psychothérapie, comprenant notamment les courants cognitif, systémique, comportemental et humaniste.

À cette époque, aucune recherche évaluative n'avait encore été réalisée au Québec. Les auteurs (Serero et coll., 2000) espéraient qu'une telle culture se développe pour vérifier l'efficacité des interventions sur l'évolution clinique, sociale et la satisfaction, apprécier l'efficience des hôpitaux de jour comme alternatives à l'hospitalisation et mieux préciser les résistances et les difficultés d'implantation.

2.2.4 Le Centre de rétablissement intensif du CIUSSS Estrie-CHU Hôtel-Dieu

Le modèle d'hôpital de jour offert par le centre de rétablissement intensif (CRI) a deux volets: l'un pour les personnes présentant des troubles d'ordre affectifs et l'autre destiné aux personnes atteintes de troubles psychotiques, à l'instar de plusieurs autres hôpitaux de jour en milieu tertiaire au Québec. Dans les deux volets, le mandat clinique est une prise en charge intensive et brève de groupe centrée sur le rétablissement, pour des personnes présentant des troubles mentaux aigus dont le profil ne peut être mieux géré à l'intérieur d'un suivi externe ou par la première ligne. Les références sont effectuées par des médecins psychiatres. Ceci, dans l'optique d'offrir une alternative à une hospitalisation au sein d'unités psychiatriques ou encore d'offrir des soins multimodaux intensifs afin d'aider au rétablissement, que ce soit par une diminution des symptômes cliniques, une amélioration des compétences personnelles ou encore une meilleure participation sociale. Les deux volets ont pour cadre thérapeutique une durée de huit semaines, laquelle peut être modifiée selon les besoins individuels.

Pour le volet des troubles d'ordre affectif, le traitement intégratif inclut la médication et deux programmes distincts de thérapie de groupe, comprenant un maximum de dix patients à la fois pour chacun d'eux. Ces groupes sont ouverts, c'est-à-dire qu'un patient peut s'y greffer dès qu'une place est disponible. Le premier combine les approches psychoéducatives et psychothérapeutiques sur un mode cognitif-comportemental s'échelonnant sur trois jours dans une semaine type, alors que le second se voit doté de deux groupes-objectifs au début et à la fin de la semaine, ainsi qu'une psychothérapie alliant psychodynamique et pleine conscience. Les capacités de mentalisation, les forces de l'ego et les facteurs de résilience relevés lors de l'évaluation initiale permettent l'allocation dans ce second groupe. La distribution se fait à la discrétion de l'équipe clinique après l'évaluation initiale, avec le souci d'allier les interventions les plus susceptibles d'aider au rétablissement mais peut être la résultante d'autres facteurs, par exemple la durée sur la liste d'attente. Un médium d'expression en psychomotricité est également présent dans les deux groupes. Au besoin, des rencontres individuelles peuvent être insérées à l'intérieur du programme pour optimiser le cheminement fait en groupe. L'équipe interdisciplinaire est

composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un psychoéducateur, d'un technicien en loisirs et de deux infirmières. Les patients admissibles doivent présenter une symptomatologie grave sur les sphères affectives ou anxieuses ou encore dans la dimension de la personnalité. Sont exclus les troubles de la personnalité du groupe A (schizoïde, paranoïde, schizotypique) ainsi que le trouble de la personnalité antisociale, l'incapacité physique ou mentale de participer aux activités (c.à.d. garde en établissement, risque significatif de passage à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif, absence de motivation), les troubles cérébro-organiques (c.à.d. traumatisme crânien grave avec séquelles neuropsychiatriques sévères, infections du système nerveux central, anoxie cérébrale, conditions démentielles), l'alcoolisme ou la toxicomanie active, la déficience intellectuelle ou la barrière linguistique (c.à.d. ne pas pouvoir s'exprimer ou interagir en français). Dans une année-type, ce programme accueille environ 150 personnes par année.

Pour le volet des troubles psychotiques, le traitement de stabilisation inclut la médication et un groupe psychothérapeutique comprenant jusqu'à huit patients, qui sont offerts sur cinq demi-journées par semaine selon un horaire préétabli, pour une durée de huit semaines. L'équipe interdisciplinaire est composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un éducateur spécialisé, d'un musicothérapeute, d'un intervenant en loisirs et de deux infirmières travaillant à temps partiel. Des rencontres-objectifs sont fixées en début et en fin de chaque semaine, de même qu'un atelier d'activité physique, de créativité, de musicothérapie, de gestion de l'anxiété et de psychoéducation sur le modèle préconisé par l'hôpital Robert-Giffard de Québec. Les patients présentant des symptômes psychotiques (induits par une substance, psychose brève, trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble délirant, trouble schizo-affectif) sont admissibles au programme, à l'exclusion d'une déficience intellectuelle modérée ou grave, d'un trouble de la personnalité antisociale ou d'une barrière linguistique. Ce programme accueille environ une clientèle de 60 personnes par année.

2.3 Évaluation des interventions dans les hôpitaux de jour psychiatriques

La plus récente revue systématique a été réalisée par la collaboration Cochrane et publiée en 2011, soulignant des preuves « raisonnables » fondées sur des données de robustesse modérée en faveur d'une prise en charge pour les patients atteints de troubles psychiatriques par les hôpitaux de jour afin de réduire les soins intra-hospitaliers (Marshall et coll., 2011). Se basant sur 10 études randomisées, son objectif principal était d'évaluer l'impact d'une admission en hôpital de jour plutôt que sur une unité hospitalière traditionnelle. Ses objectifs secondaires étaient de préciser la « faisabilité » des hôpitaux de jour, à savoir la proportion des patients habituellement hospitalisés pouvant être redirigés en hôpital de jour, la durée des épisodes de soins, les issues cliniques et sociales et les coûts associés.

Évidemment, lorsqu'on se penche sur les limites des études retenues, de par la nature des interventions étudiées, les études n'avaient pas la possibilité d'être construites à l'aveugle. La randomisation n'était pas appliquée de la même façon dans toutes les études : certaines l'appliquaient après la décision qu'un patient était admissible à l'hôpital de jour alors que d'autres réattribuaient le patient après coup si son état n'était pas jugé compatible avec l'hôpital de jour. Des données incomplètes, incluant l'attrition, n'étaient pas clairement analysées dans 5 des 10 études. Aucune étude comportant des données individuelles ne présentait un taux de rétention à l'étude inférieur à 80%. Les auteurs notaient des différences entre le contexte entourant les hôpitaux de jour selon l'année de l'étude, évoquant un biais d'évolution dans l'intervention au fil des décennies.

Quoiqu'il en soit, elle occupe une place prépondérante dans la présente recension et ses résultats sont présentés de concert avec la méta-analyse, plus ancienne, de Horvitz-Lennon et coll. (2001). Cette dernière, qui ne s'est pas limitée aux études randomisées, reconnaît également que l'hétérogénéité des programmes, l'allocation des patients, l'ancienneté de la publication et les biais les résultats rapportés les empêchaient de bien répondre à toutes

leurs questions de recherche. Elle concluait que l'hôpital de jour n'était pas inférieur à l'hospitalisation et présentait certains avantages, comme la satisfaction face aux services. Parmi les issues d'efficacité étudiées, la littérature analysait pour la vaste majorité la gravité des symptômes ainsi, le fonctionnement social et les évaluations économiques. Des équipes se sont aussi penchées sur le fardeau sur les familles, la qualité de vie, l'estime de soi et la satisfaction envers les services reçus.

2.3.1 Gravité des symptômes

En ce qui concerne l'état mental sur le plan de la gravité des symptômes, Horvitz-Lennon et coll. (2001) avait alors recensé 18 études dont la majorité ne relevait pas de différence significative entre l'hôpital de jour et l'hospitalisation. Marshall et coll. (2011) rapportaient une psychopathologie moins prononcée pour les patients en hôpital de jour à l'admission. La distribution est décalée à la faveur des patients en hôpital de jour lors de l'évaluation de l'état mental à différents temps. Ils n'observent pas de différence entre la gravité des symptômes des études ayant utilisé le questionnaire *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) et les contrôles hospitalisés à la fin du suivi. Kallert et coll. (2007), en se basant sur la base de données de l'étude European Day Hospital Evaluation (EDEN), réunissant 1117 patients d'hôpitaux de jour de cinq pays européens, ne notaient pas de différence significative entre les patients orientés en hôpital de jour par rapport à la symptomatologie. De la même étude, Priebe et coll. (2006) rapportaient une plus grande amélioration en traitement hospitalier pour les patients ayant un degré de psychopathologie plus élevé. Zeeck et coll. (2016), dans une recherche naturalistique regroupant 500 patients dans huit hôpitaux allemands, rapportaient une évolution moins favorable chez les patients ayant plusieurs comorbidités aux axes I et II en comparaison avec les patients n'ayant reçu qu'un seul diagnostic, et ce, autant en hôpital de jour qu'en unité hospitalière.

Larivière et coll. (2011), à partir de leur devis quasi-expérimental de 40 patients en hôpital de jour et 13 personnes hospitalisées (troubles psychotiques et troubles de l'humeur ou anxieux), observent plutôt une plus grande amélioration des symptômes des personnes suivies en hôpital de jour par rapport aux participants hospitalisés. Ces gains se maintenaient 6 mois après la fin de l'épisode.

2.3.2 Fonctionnement social

Le fonctionnement social « renvoie aux interactions et aux interinfluences entre les moyens et les aspirations d'une personne à assurer son bien-être, à réaliser ses activités de la vie quotidienne et ses rôles sociaux pour satisfaire ses besoins avec les attentes, les ressources, les opportunités et les obstacles de son environnement » (Boily et coll., 2011). Horvitz-Lennon et coll. (2001) recensaient 16 articles ayant étudié cette variable, et une évolution comparable autant pour les patients hospitalisés que ceux en hôpital de jour était rapportée. Certaines études divergeaient, par exemple Creed et coll. (1990, 1997) notaient une différence significative du fonctionnement à la faveur des patients hospitalisés à trois mois, qui se perdait à un an après le congé de par une réadmission plus fréquente de ces patients. Kallert et coll. (2007), à partir de l'étude EDEN, ont rapporté un meilleur fonctionnement social au congé ainsi qu'à 3 et 12 mois après le programme, évoquant l'avantage de ne pas être déraciné de son environnement et de ses rôles sociaux préexistants durant un épisode aigu. Cette étude est la principale citée par la revue de Marshall et coll. (2011). Ils rapportent aussi un avantage chez les femmes et les personnes plus âgées. Larivière et coll. (2011) ont observé une plus grande amélioration de la participation sociale chez les personnes suivies à l'hôpital de jour lorsque comparées aux patients hospitalisés. Les gains perduraient lorsque réévalués à 6 mois pour la clientèle en hôpital de jour tandis que ces variables demeuraient stable pour les patients hospitalisés à tous les temps de mesure.

2.3.3 Fardeau pour les familles

Le fardeau sur les familles est décrit comme les difficultés et défis expérimentés par une famille des suites de la maladie de l'un des siens. Elle comprend une dimension objective, telle que les soins prodigués à la personne et l'impact sur l'équilibre familial, qu'il soit social, financier ou interpersonnel, ainsi qu'une dimension subjective associée au vécu du prestataire de soins à la personne malade (Sales, 2003). Seule l'équipe de Creed a inclus dans la méthodologie de ses publications une mesure du sentiment de fardeau des familles, domaine présent dans le *Social Behaviour Assessment Schedule* (SBAS). Si ses études antérieures présentaient des résultats négatifs à l'admission ou à 3 mois, l'une rapportait

une amélioration à la faveur des patients en hôpital de jour à 1 an (Creed et coll., 1997).

2.3.4 Qualité de vie

Sledge et coll. (1996), avec le *Quality of Life Interview – Modified*, et Priebe et coll. (2006) et Kallert et coll. (2007), utilisant le *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA), concluent tous à l'absence de différence entre les patients évoluant à l'hôpital de jour et ceux hospitalisés, avec une cinétique montrant une amélioration durant l'épisode de soin qui se consolide jusqu'à un an post congé dans un degré similaire entre les deux groupes.

2.3.5 Estime de soi

Larivière et coll. (2011), mesurant l'estime de soi avec l'échelle *Rosenberg self-esteem scale* ont observé que l'estime de soi des personnes traitées en hôpital de jour s'améliorait davantage que les personnes hospitalisées pendant le suivi, et que ces gains se poursuivaient six mois après le congé alors que, pour les patients hospitalisés, les scores demeurent stables aux trois temps.

2.3.6 Satisfaction envers les services reçus

La majorité des auteurs ont relevé une satisfaction globale supérieure pour l'expérience d'hôpital de jour par rapport à l'hospitalisation (Horvitz-Lennon et coll., 2001; Larivière et coll., 2011; Marshall et coll., 2011; Priebe et coll., 2006). Les publications de Sledge et coll. (1996) et Kallert et coll. (2007) évoquent des voix discordantes, n'ayant quant à eux pas relevé de différence. Marshall et coll. (2011) citent l'étude de Dick et coll. (1985) où l'analyse *a contrario* des personnes insatisfaites pesait en faveur des hôpitaux de jour.

Ces études se basaient sur une évaluation quantitative de la satisfaction par le biais de questionnaires, laissant planer des nuances pouvant être mieux cernées par le recours à des

devis qualitatifs ou mixtes. L'analyse qualitative de Larivière et coll. (2009) rapportait une expérience positive de l'hôpital de jour par rapport : 1) aux habiletés et à l'empathie des professionnels; 2) à l'amélioration de l'hygiène de vie; 3) à la cohésion du groupe et 4) à la pertinence des interventions et des thèmes abordés. Les composantes négatives étaient : 1) le sentiment de groupes trop larges, nuisant aux opportunités de prise de parole ou de respect du temps imparti; 2) le caractère ouvert de ce programme où le roulement amenait des enjeux liés à la confiance nécessaire pour se dévoiler au groupe, à l'attachement et au détachement; 3) la durée jugée trop courte de ce programme sur 10 à 12 semaines et les 4) difficultés des professionnels à respecter l'horaire préétabli. La même auteure a approfondi l'évolution de ces patients par un devis qualitatif six mois après la fin du programme (Larivière et Boyer, 2011). La transition a été vécue difficilement par plusieurs d'entre eux, subissant la perte du soutien social offert durant le séjour dans l'attente de l'arrimage avec la suite du continuum de soins.

2.3.7 Évaluation économique

Larivière et coll. (2011) ont démontré pour leur part une réduction des coûts liés à la consommation de services sociosanitaires après six mois de 38% pour leur hôpital de jour psychiatrique par rapport à 7% pour les patients hospitalisés. Priebe et coll. (2006) ont quant à eux observé des coûts plus importants associés à leur hôpital de jour en comparaison aux patients hospitalisés. Sledge et coll. (1996), n'ont pas démontré de différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'usage de centre de crise mais les personnes hospitalisées consommaient davantage les services de santé mentale externes que les personnes suivies en hôpital de jour. Aucune différence n'a été trouvée par Dick et coll. (1985) entre les patients en hôpital de jour et les patients hospitalisés sur la base du nombre de visites à l'urgence.

La collaboration Cochrane, dans ses prévisions conservatrices, estime à environ 4,8% les économies réalisées par les hôpitaux de jour psychiatriques en considérant stable le nombre de lits hospitaliers. Ce pour ce faire, ils ont multiplié la différence de coût moyen entre un programme d'hôpital de jour (20,9%) et la proportion de patients pour lequel pourrait être épargnée une hospitalisation (23,2%) (Marshall et coll., 2011). Les auteurs ajoutent que

ces économies peuvent être moindres si l'on doit considérer les coûts d'aménagement de nouvelles unités. Par contre, plusieurs de ces programmes ont vu le jour en allouant les ressources matérielles et humaines obtenues des suites de la fermeture d'unités hospitalières (Russell et coll., 1996). Des économies donc modestes, pouvant raisonnablement s'accroître en optimisant l'efficacité des programmes d'hôpitaux de jour.

2.4 Impact des hôpitaux de jour selon le profil de patients

Un des thèmes importants n'ayant pas fait l'objet d'un approfondissement satisfaisant et qui demeure encore à ce jour à clarifier, est celui du profil des personnes qui bénéficient le plus des services d'hôpitaux de jour psychiatriques. L'hétérogénéité des clientèles et des programmes offerts de même que certaines limitations dans les devis des études (par exemple, les critères d'exclusion) contribuent à cette confusion (Horvitz-Lennon et coll., 2001). Pourtant, dans un contexte d'allocation des ressources limitées et ainsi d'un environnement compétitif entre les différentes approches présentes dans l'offre de services extra-hospitaliers, il importe tant pour les cliniciens que pour les décideurs de mieux préciser l'efficacité de chaque orientation pour en optimiser leur efficacité.

Creed et coll. (1990) et Sledge et coll. (1996) ont rapporté l'absence de différence significative entre les clientèles suivies en hôpital de jour et hospitalisées pour les patients présentant des symptômes psychotiques, affectifs ou névrotiques. Glick et coll. (1986) ont obtenu des résultats similaires alors que la comparaison s'effectuait entre un hôpital de jour psychiatrique et un programme externe. Lorsqu'ils se sont plus spécifiquement attardés sur une clientèle présentant des troubles de l'humeur, Howes et coll. (1997) ont observé une amélioration de la symptomatologie chez les patients avec un trouble dépressif ou anxieux alors que les patients atteints de maladie affective bipolaire demeuraient stables. Larivière et coll. (2010) ont comparé l'évolution de clientèles homogènes, qu'elles présentent un troubles affectifs ou anxieux, un trouble psychotique ou encore de la personnalité du groupe B. Les résultats montrent une amélioration pour chacune avec une taille d'effet supérieure pour les participants ayant un trouble de l'humeur ou anxieux.

Priebe et coll. (2011), à partir de l'étude EDEN, ont pu dégager certaines caractéristiques de patients pouvant mieux bénéficier de l'hôpital de jour en comparaison à l'hospitalisation, notamment le sexe féminin, le degré de scolarité et le faible niveau de psychopathologie. La réponse initiale subjective (subjective initial response), définie comme la perception par le patient de la pertinence et de l'effet d'un traitement est également corrélée à une évolution favorable jusqu'à un an après l'intervention (Priebe et coll., 2011). Howes et coll. (1997), Larivière et coll. (2006) et Zeeck et coll. (2016) n'ont pas trouvé de différence significative pour les issues cliniques selon le sexe. Marshall et coll. (2001) ont plutôt démontré une différence pour les variables du sexe et de l'âge sur le fonctionnement social à la faveur des femmes et des personnes plus âgées.

2.5 Rétablissement et hôpitaux de jour

Un modèle de philosophie de soins désormais incontournable mais n'ayant pas été examiné de façon systématique en contexte d'hôpital de jour psychiatrique est celui du rétablissement. Les instances politiques, tant fédérales dans le rapport Kirby (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006) que le plus récent Plan d'action en santé mentale (Bélanger et coll., 2016) québécois mettent de l'avant des lignes directives s'appuyant sur le rétablissement.

Ce paradigme, d'origine américaine, a émergé dans les années 1980 dans la foulée de la désinstitutionalisation où l'implication décroissante des institutions, dont le rôle était désormais de diminuer les symptômes, a contribué à l'organisation de groupes de soutien communautaires et d'utilisateurs de services, notamment les alcooliques anonymes et le mouvement des survivants de la psychiatrie (Anthony, 1993). La publication par les utilisateurs de services de leurs expériences (Deegan, 1988) et l'implication de pionniers tels que Larry Davidson et William Anthony ont permis de façonner la conception du rétablissement telle qu'on la connaît aujourd'hui.

On peut diviser le rétablissement en deux concepts, soit le rétablissement clinique et le rétablissement personnel (Slade et Davidson, 2010). Le premier implique une rémission

des symptômes, un statut académique ou professionnel, une indépendance face aux prestataires de soins durant l'épisode et un réseau social pour une période prolongée, souvent établie à deux ans. Cette vision a souffert de critiques, notamment par rapport à la « normalité », appelant à la vision personnelle du rétablissement.

La définition la plus citée est celle d'Anthony, où le rétablissement est « un processus profondément personnel et unique de modifier ses attitudes, valeurs, sentiments, buts, habiletés et/ou rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contributive à l'intérieur des limitations de la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens dans la vie de la personne alors qu'elle évolue au-delà des effets dévastateurs de la maladie mentale » (Anthony, 1993). Plus près de nous, Provencher le définit « comme une expérience globale de santé qui repose sur la présence conjointe d'une expérience de restauration dans un contexte de maladie et d'une expérience d'optimisation du potentiel de la personne dans un contexte de santé » (Provencher, 2007, page 6). Elle propose quatre dimensions expérientielles majeures : la redéfinition du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et les relations avec les autres. Cette perspective s'efforce à tenir compte des préoccupations des patients par rapport aux structures et aux processus organisationnels, avec au premier chef la dignité et la réappropriation d'un pouvoir (*empowerment*) dans la trajectoire de soins (Provencher, 2002).

2.6 L'offre de services en soins aigus

Cette section a pour but de renseigner le lecteur sur ce qui existe au Québec et ailleurs en Occident quant aux approches de soins dans la communauté et d'intervention de crise, qui coexistent avec les hôpitaux de jour comme alternatives à l'hospitalisation. De manière générale, ces soins sont souvent plus flexibles et ciblés sur la personne que l'hôpital de jour, mais d'une intensité moindre. Elles sont souvent moins menaçantes pour la personne qu'une approche de groupe, limitant néanmoins l'aspect thérapeutique que peut apporter les pairs.

2.6.1 Gestion de cas et suivi intensif dans la communauté

En santé mentale, la gestion de cas a pour objectif d'accompagner la personne dans l'évaluation de ses besoins, l'élaboration de même que la mise en action d'un plan d'intervention pour aider la personne à parvenir à atteindre ses buts (Ministère de la santé et des services sociaux, 2002). Ces approches ont également vu le jour au lendemain de la désinstitutionalisation, où la population atteinte de troubles mentaux graves devait composer avec de nouveaux défis : logement, alimentation, accès aux soins de santé, enjeux occupationnels. Les difficultés pour celles-ci d'y naviguer efficacement, ont mis en évidence la nécessité de pouvoir leur assigner un professionnel pour les aider à coordonner le tout. Des initiatives avant-gardistes ont vu le jour dans les années 1970, telles qu'au Wisconsin par le *Training in Community Living* ayant évolué vers le traitement intensif dans la communauté (*Assertive Community Treatment, ACT*) (Killaspy et Rosen, 2010). Ces programmes ont été conçus selon l'intensité des services prodigués, le type de clientèle (par exemple, médico-légal, gériatrique ou premier épisode psychotique) ou la philosophie du modèle, basé sur l'individu ou le système social par exemple.

Au Québec, le plan d'action en santé mentale s'inspire toujours des lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale, où apparaissent les trois types d'approches actuellement en place : le soutien de base non intensif (SBNI), le soutien d'intensité variable et de coordination (SIV) et le soutien par équipe, intensif et intégré (SIM) (Ministère de la santé et des services sociaux, 2002). Le SBNI s'adresse à des personnes présentant un degré de dysfonctionnement léger à modéré, où l'intensité de l'hôpital de jour n'est habituellement pas pertinente. Il s'agit d'offrir l'évaluation et la réponse à des besoins ponctuels ainsi que d'assurer la coordination des services. On estime que de 500 à 600 personnes par 100 000 habitants peuvent être desservie par ces services.

Le SIV répond à une clientèle présentant un trouble mental grave, avec des périodes d'instabilité. On y ajoute une composante de traitement, inspiré du modèle de Boston (Anthony et coll., 2000). Il se déroule dans le milieu de vie de la personne, ce qui peut être

tantôt facilitateur, ne nécessitant pas pour la personne de se déplacer, tantôt intimidant de voir un intervenant entrer dans son quotidien. L'intensité est moindre, avec des rencontres ne devant pas être plus fréquentes que deux fois dans une semaine type. La durée est plus longue, de quelques mois à un peu plus d'un an, permettant un rythme plus lent à l'évolution. Cette configuration présente le risque de dépendance à l'intervenant. Celui-ci est le plus souvent unique, ne permettant pas la même interdisciplinarité qu'en hôpital de jour. On estime de que 250 à 500 personnes par 100 000 habitants peuvent bénéficier de ces services (Ministère de la santé et des services sociaux, 2002).

Le SIM correspond à l'approche la plus intensive, soit pour les personnes ayant un trouble mental grave en situation de précarité et où l'accès aux services en santé mentale est difficile. Cette marginalité peut provenir d'un déficit d'autocritique de leur condition ou encore de « doubles diagnostics », par exemple la toxicomanie. Ce modèle demande la coordination d'une équipe multimodale incluant des médecins. L'accessibilité est optimisée par des visites chez la personne pouvant aller jusqu'à plusieurs fois par jour dans des horaires prolongés en-dehors des heures ouvrables et la fin de semaine, de même qu'une équipe de crise disponible en tout temps. Ceci permet notamment de s'assurer de l'observance médicamenteuse. Elle est actuellement déployée de telle sorte que l'épisode de soins s'échelonne fréquemment sur plusieurs années. On estime que 100 personnes par 100 000 habitants nécessitent cette intensité de service, avec un rapport similaire aux hôpitaux de jour, soit d'un intervenant pour huit à quinze usagers. Le nombre de patient traité est ainsi largement moindre quand dans les hôpitaux de jour. Si cette approche offre une intensité similaire, sa flexibilité ne favorise pas autant la mobilisation et n'offre pas de communauté thérapeutique.

La plus récente revue systématique sur le sujet provient de la collaboration Cochrane (Dieterich et coll., 2017). Les auteurs, d'origine britannique, utilisent désormais le terme *Intensive case management* (ICM), plus souvent évoqué dans la littérature européenne que l'ACT. Ainsi, on y rapporte, s'appuyant sur des données de qualité faible à modérée, une diminution des journées d'hospitalisation et de l'attrition dans les soins où l'ICM est comparé aux soins de base. Les critères permettant d'accoler au programme la notion

d'ICM étaient assez restrictifs, ne considérant pas, par exemple, un programme ACT avec une charge de plus de 20 patients comme en faisant partie et les englobant parmi les autres approches (*assertive outreach*, gestion de cas). Ainsi, lorsqu'ils ont comparé l'ICM avec les autres approches « non-ICM », les auteurs n'ont pas décelé une différence significative sur les issues d'hospitalisation. L'impact sur le fonctionnement social n'était pas non plus assez robuste pour en tirer des conclusions claires, que ce soit comparé aux approches standards ou à la gestion de cas non-ICM. Les auteurs ne relèvent pas de différence sur les issues négatives, par exemple le suicide. On y rapporte enfin que plus le programme était fidèle à l'esprit de l'ACT, meilleures étaient les issues.

Au Québec, Latimer avait évalué dans sa revue systématique les aspects cliniques et économiques, soulignant les avantages sur les issues cliniques et la satisfaction des patients admis à l'ACT (Latimer, 1999). L'ACT permettait une diminution des hospitalisations à un an d'environ 58% en comparaison avec les autres modèles de gestion de cas et 78% en l'absence de telles interventions. Pour y avoir un gain économique, l'ACT devait avoir épargné au moins 50 jours d'hospitalisation pour briser l'équilibre à l'avantage du suivi intensif.

2.6.2 Interventions de crise

Ce modèle d'intervention est conçu sur le paradigme qu'une crise n'est pas la résultante d'une manifestation d'une maladie mentale mais plutôt d'une réponse pathologique lorsque l'individu est confronté à un stress éminemment déstabilisant, amenant ses défis mais aussi ses opportunités de croissance si la gestion en est adaptée (Thornicroft, 2011). Le cadre de référence ministériel définit l'intervention de crise comme « une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement humain en lien avec la situation de crise. » (Ministère de la santé et des services sociaux, 2013)

Au Québec, l'intervention de crise est assurée par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) où un intervenant est accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par téléphone ou directement dans le milieu. Les demandes peuvent provenir directement de la personne, de ses proches ou de n'importe quel intervenant par téléphone via la ligne Info-Social ou encore en personne par le truchement du service d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) du CSSS.

Cette approche vise donc à résoudre la crise par le recours à des services de soutien appropriés pour la personne afin d'éviter la détérioration de l'état mental, protéger la personne et son environnement et éviter les consultations à l'urgence. Parmi ces ressources figurent l'hébergement de crise dans la communauté pour les personnes n'arrivant pas à subvenir à leurs besoins dans leur milieu de vie usuel de façon aiguë, en raison par exemple de dysfonctionnements liés à la maladie, d'une situation d'itinérance ou encore d'un environnement menaçant leur intégrité. Les études se penchant sur ces ressources montrent essentiellement des devenir cliniques similaires à l'hospitalisation avec un degré de satisfaction plus élevé pour les patients admissibles. De plus, jusqu'à deux tiers des patients pourraient transiter par ces ressources plutôt qu'être hospitalisés. Les évaluations économiques pèsent également en faveur de ces ressources. La notion de dangerosité était toutefois exclue des études traitant du sujet, nuanciant l'interprétation des données (Thornicroft, 2011).

Un modèle qui n'est pas implanté au Québec mais qui présente des données probantes d'efficacité chez les personnes présentant un trouble mental grave est l'équipe d'intervention de crise à domicile. Multidisciplinaire, elle offre un service d'une intensité semblable au suivi intensif dans la communauté pour une durée d'au maximum six semaines. Une revue systématique sur le sujet montre un léger avantage comparativement à l'hospitalisation pour résoudre la crise et une diminution du recours à l'hospitalisation. Les issues cliniques, la satisfaction et le fardeau des familles sont supérieurs aux soins usuels (Murphy et coll., 2015; Noyce, 2016).

2.7 Approche proposée

En résumé, l'hôpital de jour se présente comme une option disponible parmi une panoplie de services en soins aigus pour des participants en mesure de vivre dans leur milieu de vie et nécessitant une approche de soins intensifs pouvant bénéficier d'une approche de thérapie de groupe. À l'heure actuelle, les psychiatres tendent à référer vers les hôpitaux de jour en situation de crise, alors que les approches de suivi dans la communauté cherchent à favoriser la réadaptation de problématiques subaiguës. Le plan d'action en santé mentale québécois actuel donne quant à lui la part belle aux soins dans la communauté, demeurant muet quant à la place des hôpitaux de jour. Pour paraphraser Marshall et coll. (2011), il n'est toujours pas clair où l'hôpital de jour se situe en regard aux autres types de soins et comment l'intégrer de façon efficiente dans les modèles de psychiatrie communautaire, ce à quoi ce projet propose de répondre en partie.

Les objectifs de cette recherche évaluative sont de:

1. Décrire l'évolution de l'état de santé des patients traités dans les deux volets de l'hôpital de jour du CHUS entre le début et la fin du programme, ainsi que six mois post intervention.
2. Explorer les caractéristiques des patients dans les deux volets pour lesquels l'état de santé s'est le plus amélioré durant l'hôpital de jour du CHUS.
3. Évaluer la satisfaction des patients traités dans les deux volets de l'hôpital de jour du CHUS envers les services reçus.

CHAPITRE 3 : MÉTHODES

3.1 Recherche évaluative

L'approche utilisée dans le cadre de ce projet de recherche s'inspire de la recherche évaluative, où l'évaluation s'avère un construit suffisamment complexe pour avoir des définitions différentes selon les courants épistémologiques des auteurs. Reprenant les travaux du groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) sur la recherche évaluative, on peut nommer Michael Scriven pour qui « l'évaluation, c'est le processus de détermination de la valeur des choses » (Brousselle, 2011). Carol Weiss écrit, quant à elle, que l'évaluation « est l'appréciation systématique du fonctionnement et (ou) des résultats d'une programme ou d'une politique en fonction de critères explicites ou implicites, de façon à contribuer à l'amélioration du programme ou de la politique », alors que Michael Quinn Patton identifie l'évaluation dans « la collecte systématique d'information sur les activités, les caractéristiques et les résultats de ces programmes afin de porter des jugements sur eux, d'améliorer leur efficacité et d'éclairer les décisions concernant de nouveaux programmes » (Brousselle, 2011). La recherche évaluative s'affaire donc à définir les relations causales ou « le comment et le pourquoi des résultats » (Brousselle, 2011, p. 53). Ainsi, une démarche évaluative doit être réalisée à partir d'un cadre conceptuel dans lequel il trouve sa finalité.

L'approche utilisée dans le présent projet s'est inspirée du modèle centré sur l'utilisation (*Utilization-focused Evaluation*) de Patton, destiné « à l'utilisation attendue par les utilisateurs attendus » (Patton, 2008). Ce paradigme d'évaluation recourt systématiquement à l'approche participative en s'arrimant sur les besoins de l'équipe clinique, afin qu'elles puissent s'approprier une portion du processus et ainsi augmenter les chances qu'elle applique les recommandations. Elle requiert la collaboration entre l'équipe de recherche, qui tient le rôle de consultant facilitateur, et les utilisateurs du programme, soit le personnel de l'hôpital de jour. Très flexible au plan épistémologique, selon la question de recherche évaluative, le devis le plus

approprié, qu'il soit quantitatif, qualitatif ou mixte sera sélectionné, afin que les résultats puissent servir aux utilisateurs ayant demandé l'évaluation plutôt qu'uniquement diffusés dans des réunions savantes (Ramírez et Brodhead, 2013). Le contexte dans lequel ce projet a été développé me positionnait comme un évaluateur hybride; on m'a approché comme consultant indépendant de l'équipe traitante, mais, ayant fait partie intégrante durant plusieurs mois de cette équipe de professionnels, j'étais familier avec leur quotidien et sensibilisé à la pertinence de mieux décrire l'impact des interventions faites à l'hôpital de jour.

Bien que l'évaluation axée sur l'utilisation soit résumée en une série d'étapes qui servent de repères, le processus lui-même n'est pas linéaire (Ramirez et Brodhead, 2013). Elles incluent par exemple, l'évaluation de l'état de préparation du programme, l'identification des principaux utilisateurs et usages de l'évaluation, la conception de l'évaluation, recueillir et analyser les données et faire un retour sur l'évaluation.

3.2 Déterminants de la réponse clinique

Tel que suggéré par l'approche centrée sur l'utilisation de Patton (2008), l'équipe a été sollicitée, d'abord par une réflexion individuelle des besoins qui ont été regroupés lors de séances plénières afin d'établir les déterminants selon eux de la prédiction de l'évolution clinique, en plus de la satisfaction envers les services reçus. Le rétablissement, étant une valeur-clé de ce programme, a été déterminé par eux comme étant le concept central à étudier. Les autres déterminants de l'évolution identifiés ont été les symptômes cliniques, soit dépressifs et anxieux pour le volet affectif et les symptômes positifs et négatifs de la psychose pour le volet psychotique. Ont aussi été considérés, pour les deux volets de l'hôpital de jour, la motivation, la participation sociale et la consommation de substances. En outre, selon les études antérieures, certaines variables sociodémographiques, comme le sexe et l'éducation ont été cernées comme pouvant avoir un impact et ont été ajoutées comme variables contrôle. Le tableau 1 présente les issues cliniques sélectionnées pour chacun des deux hôpitaux de jour.

Tableau 1
Issues cliniques selon les deux volets

	Volet troubles psychotiques	Volet troubles affectifs
Objectifs 1 et 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. la gravité des symptômes positifs et négatifs; 2. la consommation de substances; 3. la participation sociale (perception de réalisation et satisfaction); 4. l'autocritique; 5. la motivation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. la gravité des symptômes dépressifs; 2. l'intensité des symptômes anxieux; 3. la participation sociale (perception de réalisation et satisfaction); 4. la consommation de substances; 5. la pleine conscience; 6. l'alexithymie
Objectif 3	La satisfaction envers les services reçus.	

Plus spécifiquement, pour le volet affectif, l'équipe a souhaité vérifier le rôle de l'aptitude à la pleine conscience, composante intégrante de l'offre de ce programme. La pleine conscience est définie comme la « conscience émergeant lorsque nous nous concentrons sur le sens des choses telles qu'elles sont, en l'absence de jugement, au moment présent » (Williams, 2007). Elle est, de par sa condition expérientielle, en résonance avec le rétablissement et bénéficie de données probantes robustes sur son efficacité comme thérapie de groupe en dépression (Lenz et coll., 2016).

Un autre concept abordé par l'équipe est celui d'alexithymie et son impact en tant que frein au rétablissement. L'alexithymie est caractérisée par un état déficitaire à identifier et décrire les émotions subjectives, une capacité imaginative restreinte et un style cognitif externalisé, se traduisant par une tendance à la dysphorie, aux stratégies mésadaptées de réponse au stress et un déficit d'empathie. Par-delà son

association à plusieurs troubles mentaux (notamment les affections psychosomatiques, les troubles alimentaires et l'état de stress post-traumatique), l'alexithymie serait prédictive d'une évolution défavorable aux thérapies à court terme (Taylor et Bagby, 2013).

3.3 Outils de mesure

En accord avec les principes de l'approche centrée sur l'utilisation de Patton (2008), nous avons privilégié les outils qui étaient déjà utilisés cliniquement dans ces programmes. Le choix des outils cliniques a été fait selon 1) l'adéquation aux variables retrouvées dans les objectifs; 2) la présence d'études de validation en langue française; 3) un temps de passation acceptable autant pour les clientèles psychotiques qu'affectives; 4) leur utilité clinique. Ils sont présentés dans les tableaux 2 et à 4.

Tableau 2

Questionnaires utilisés dans les deux volets cliniques

Variables	Outils	Clinique	Temps estimé
Caractéristiques socio-démographiques et cliniques	Grille conçue pour l'étude	Non	5 minutes
Consommation de substances	Critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, (Hasin et coll., 2013)	Oui	5 minutes
Rétablissement (variable dépendante)	Recovery Assessment Scale version française(Corrigan et coll., 2004; Provencher et Gagné, 2008)	Non	15 minutes
Participation sociale	Mesure des Habitudes de Vie	Non	30 minutes

	(Noreau et Fougere, 1996)		
Satisfaction face aux services	Verona Service Satisfaction Scale (Corbière et coll., 2003)	Non	30 minutes

Données sociodémographiques et cliniques

Un questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques a été conçu par l'équipe de recherche. Les questions portent, sur l'âge, l'état civil, le statut d'emploi, les diagnostics psychiatriques et physiques ainsi que sur le degré d'intérêt et la motivation (intrinsèque ou extrinsèque) à venir à l'hôpital de jour.

Critères de trouble de l'utilisation des substances du DSM-5

Les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Hasin et al., 2013, p.) sont mis à profit pour déterminer la présence et, le cas échéant, la gravité d'une trouble d'utilisation des substances (Hasin et coll., 2013). Il s'agit d'une approche critérielle où un total de 11 symptômes reliés aux abus et aux dépendances aux substances apparaissent, avec un indice de gravité allant de léger (2 à 3 symptômes) à grave (6 symptômes et plus). Bien que la validité de cette approche soit critiquée (Martin et coll., 2011), l'universalité de son recours en psychiatrie et sa facilité d'utilisation ont motivé sa sélection.

Recovery Assessment Scale (RAS)

Le Recovery Assessment Scale est un questionnaire autoadministré validé incluant 41 énoncés évaluant l'expérience vécue de rétablissement de personnes avec divers troubles mentaux et ce, à l'aide d'une échelle en cinq points (1 = tout à fait en désaccord, 5 = tout à fait en accord). Il permet de cerner, par exemple, l'espoir que la personne avec un trouble mental a envers la vie et sa qualité de vie. La traduction française et sa validation ont montré une cohérence interne élevée avec un $\alpha=.939$ pour le total des 41 énoncés. Pour chacun des dimensions, la cohérence interne est également satisfaisante: 1) confiance en soi et espoir ($\alpha=.828$); 2)

ouverture à demander de l'aide ($\alpha=.841$); 3) poursuite de buts ($\alpha=.831$); 4) possibilité de compter sur les autres ($\alpha=.547$); 5) absence de domination des symptômes ($\alpha=.606$) (Provencher, 2008).

Les Mesure des habitudes de vies (MHAVIE)

Ce questionnaire concerne la mesure des dimensions des habitudes de vie du modèle du Processus de production du handicap (Fougeyrollas et coll., 1998) chez la personne vivant avec des incapacités. Dans ce modèle, les habitudes de vie réfèrent aux activités de la vie courante sur une base quotidienne ou autre dans les domaines de la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation et les déplacements. Elles incluent aussi les rôles sociaux tels que les responsabilités assumées, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail et les loisirs qui sont soit valorisés par la personne elle-même ou son contexte socioculturel.

La version 3,1 de la MHAVIE comprend 77 énoncés. Les indicateurs de la participation sociale incluent le niveau de difficulté pour réaliser une habitude de vie (échelle à quatre niveaux variant de « sans difficulté » à « non réalisée »), le type d'aide requis (échelle à quatre niveaux variant de « sans aide » à « aide humaine ») et le degré de satisfaction de la personne face à la réalisation de cette habitude de vie (échelle à cinq niveaux variant de « très insatisfait » à « très satisfait »). Pour chaque énoncé, on peut définir un score représentant le degré de réalisation, qui varie de 0 à 9 selon le degré de réalisation et le type d'aide requise. On mesure également le degré de satisfaction pour chaque énoncé avec une cote variant de 0 à 4.

La forme abrégée, comprenant 77 items, a été validée sur plusieurs populations dont des adultes présentant un diagnostic en santé mentale. La passation pouvait être réalisé dans une entrevue ou encore auto-administré, diminuant sensiblement la durée du test. L'analyse de la fidélité pour cet échantillon montrait un coefficient intra-classe de 0,73 pour la réalisation des activités de la vie courante et de 0,53 pour les rôles sociaux. Le coefficient pour la satisfaction se situait à 0,47 pour les activités de la vie courante et de 0,50 pour les

rôles sociaux (Ruest et coll., 2016). La cohérence interne dans un échantillon d'adulte avec des incapacités physiques s'est avérée élevée pour l'ensemble des items dans la version abrégée de la première itération, avec un α à 0,93 pour la réalisation des AVQ et de 0,91 pour les rôles sociaux (Noreau et Fougereyrollas, 1996).

Verona Services Satisfaction Scale (VSSS-EU)

L'adaptation canadienne-française de la version européenne du questionnaire comprend 54 questions traitant de sept dimension : 1) la satisfaction générale; 2) les comportements et habiletés des professionnels de la santé; 3) l'information reçue; 4) l'accès aux services; 5) les types d'interventions et 6) l'implication des familles. Les 40 premiers énoncés sont cotés selon une échelle de Likert de 1 (très mauvais) à 5 (excellent). Pour les 14 derniers énoncés, les participants sont d'abord invités à rapporter s'ils ont ou non subi l'intervention pour ensuite la coter, le cas échéant. Corbière et ses collaborateurs (Corbière et coll., 2003) observent un alpha cohérence interne de 0,83 à 0,91 pour les dimensions suivantes: comportements et habiletés des psychiatres et des psychologues; comportements et habiletés des infirmières et travailleurs sociaux; efficacité des services et l'implication des familles. Ils relèvent que dans le cas des dimensions concernant les informations reçues et l'accès aux services, le coefficient plus faible (0,57) s'explique par la représentation de deux échelles distinctes. (Lecomte et Leclerc, 2004). La stabilité temporelle est globalement 0,82 dans une étude des auteurs originaux sur plusieurs sites européens (Ruggeri et coll., 2000).

Tableau 3

Outils utilisés uniquement pour le volet affectif

Variable	Outil	Clinique	Temps estimé
Symptômes dépressifs	Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 1996; Bourque & Beaudette, 1982)	Oui	15 minutes

Symptômes anxieux	State-trait Anxiety inventory (Gauthier & Bouchard, 1993)	Non	15 minutes
Trouble obsessionnel-compulsif	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Mollard, Cottraux, & Bouvard, 1989)	Oui	5 minutes
Phobie sociale	Liebowitz Social Anxiety Scale (Yao et al., 1999)	Oui	15 minutes
Pleine conscience	Five Facet Mindfulness Questionnaire (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011)	Non	15 minutes
Alexithymie	Toronto Alexithymia Scale (Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Loas, Fremaux, & Marchand, 1995)	Non	5 minutes

Beck Depression Inventory (BDI-II)

Le questionnaire comprend 21 items portant sur les symptômes, les cognitions et les attitudes rencontrées dans la dépression. Chaque proposition est gradée entre 0 (neutralité) à 3 (gravité maximale). L'étude de validation de la traduction française a d'abord porté sur la mesure de consistance interne, révélant un coefficient de 0,92. La procédure test-retest avec un intervalle de 4 mois indique une bonne stabilité temporelle ($r = 0,62$, $p < 0,001$). (Bourque et Beaudette, 1982).

State-trait Anxiety Inventory (STAI)

Ce questionnaire est divisé en deux sections. La première, l'échelle d'anxiété situationnelle, est composée de 20 énoncés sur l'état émotionnel actuel du sujet. Le sujet indique l'intensité de ses sentiments sur une échelle de Likert à quatre points variant de «pas du tout» à «beaucoup». La seconde section, portant sur le trait anxieux, est composée de 20 énoncés sur l'état émotionnel habituel du sujet. Ce dernier indique, sur une échelle de

Likert à quatre points variant de «presque jamais» à «presque toujours», la fréquence à laquelle il ressent habituellement les symptômes énumérés. Certains énoncés, négatifs, sont cotés inversement selon la réponse du participant. Dans une étude portant sur les propriétés de la traduction canadienne-française, une procédure test-retest à 14 jours montre une corrélation de 0,94 pour l'anxiété trait et de 0,64 pour l'anxiété situationnelle. Le coefficient alpha de Cronbach se situe respectivement à 0,94 et 0,86 pour les échantillons masculin et féminin à l'échelle d'anxiété situationnelle, et 0,90 pour l'échelle de trait d'anxiété pour les deux échantillons (Gauthier et Bouchard, 1993).

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Ce questionnaire est réparti en 10 points dont une première sous-section de 5 questions est consacrée aux obsessions et la seconde sous-section aux compulsions. Chaque question est cotée de 0 à 4 où 0 est l'absence de symptôme ou encore la maîtrise complète et 4, une gravité extrême des symptômes ou encore l'absence de contrôle ou de résistance. Les dimensions mesurées sont : le temps passé à expérimenter les obsessions et les compulsions, l'interférence avec la vie quotidienne, la détresse associée, la résistance aux obsessions et le degré de contrôle du sujet. Sont présents au verso une liste assez exhaustive d'obsessions et de compulsions que le patient peut cocher selon sa situation. Mollard et ses collaborateurs présentaient les propriétés de l'échelle, qui montraient une cohérence interne et une fidélité interjuges élevées ($r < 0.85$ pour l'ensemble de corrélations, alpha de Cronbach à 0.89, Mollard, 1989).

Liebowitz Social Anxiety Scale

Ce questionnaire est composé de 24 énoncés portant sur des situations de la vie quotidienne, dont 12 situations d'interactions sociales et 12 situations de performance. Pour chaque item, la peur ou l'anxiété et l'évitement sont séparés et cotés de 0 (aucune ou jamais) à 3 (sévère et généralement). Les totaux sont additionnés pour donner un score composite, d'au plus 144, avec la possibilité d'interpréter un score de 51 et moins comme étant non-significative ou légère, de modérée entre 52 et 81 et de sévère lors d'un score de

82 ou plus. L'étude de Yao et collaborateurs démontre une validation empirique du questionnaire, une bonne validité concourante et une sensibilité à l'intervention. Bien qu'initialement, ce test avait été conçu pour être rempli par un évaluateur, ces données montrent que l'auto-administration donne des scores similaires (Yao et coll., 1999).

Five Facet Mindfulness Questionnaire

Ce questionnaire est composé de 39 items structurés en fonction d'évaluer cinq facteurs associés à la pleine conscience, soit 1) l'observation; 2) la description; 3) la perception dans l'agir; 4) le non-jugement; 5) la non-réactivité aux expériences intérieures. Les propositions sont cotées de 1 (jamais ou rarement vrai) à 5 (très souvent ou toujours vrai). L'analyse de la validité structurelle démontre une similarité à la version originale anglaise. La validité interne est considérée bonne, avec un alpha de Cronbach à 0,75 ou plus pour tous les facteurs. La validité test-retest à 8 semaines entre 0,41 et 0,73, suggérant une stabilité dans le temps. (Heeren et coll., 2011).

Toronto Alexithymia Scale

Ce questionnaire comprend 20 items où le sujet exprime son degré d'accord en une échelle à 5 points, allant de 1 (désaccord complet) à 5 (accord complet). Deux facteurs émergent des énoncés, à savoir l'identification et la description des émotions d'une part et les énoncés reliés aux facteurs externes d'autre part. La consistance interne est satisfaisante pour la version anglaise et française ($r = 0,79$, Loas et coll., 1995). La fidélité test-retest à 3 semaines est également satisfaisante pour la version anglaise (0,77), Bagby et coll., 1994).

Tableau 4
Outils utilisés uniquement pour le volet psychotique

Variable	Outil	Clinique	Temps estimé
Symptômes psychotiques	Positive and Negative Symptoms Scale (Lançon et al., 1997)	Non	30 minutes
Autocritique	Birchwood Insight Scale (Birchwood et al., 1994)	Non	5 minutes

La PANSS est un des outils les plus fréquemment utilisés pour mesurer la symptomatologie du spectre schizophrénique. Elle est divisée en trois dimensions : les symptômes positifs, négatifs et la psychopathologie générale sur une échelle variant entre 1 (absent) à 7 (extrême). Lors de la validation de la version française, la fidélité inter-juge montre des coefficients de concordance supérieurs à 0,6 pour la majorité des énoncés. Le coefficient de cohérence interne est établi à 0,80 pour l'ensemble des énoncés (Lecomte et Leclerc, 2004).

L'échelle d'insight de Birchwood est composée de 8 questions selon une échelle en trois points (d'accord, pas d'accord, incertain) permettant de quantifier l'autocritique chez les patients psychotiques. Elle est divisée en trois sous-items, soit la conscience des symptômes, la conscience d'avoir une maladie et le besoin perçu d'un traitement. Le coefficient alpha de la version original anglaise se situe à 0,75 et la validité test-retest est à 0,90 (Birchwood et coll., 1994).

3.4 Devis

Le devis choisi pour atteindre les objectifs est un dispositif pré-expérimental de type avant-après à groupe unique avec un échantillon de convenance de type accidentel. Ce devis offre la possibilité d'atteindre les objectifs recherchés par l'équipe clinique de façon simple et directe, en phase avec la flexibilité recherchée l'évaluation

centrée sur l'utilisateur. Elle comporte toutefois des limitations à l'établissement d'un rapport de cause à effet, ainsi que plusieurs obstacles à la validité, qui sont : les facteurs historiques, la régression statistique, la maturation, l'accoutumance au test et les fluctuations des instruments de mesure (Fortin et Gagnon, 2010; Ridde et Dagenais, 2012). En dépit de ces limitations, nous considérons qu'il est compatible avec la composante exploratoire du projet, à savoir le second objectif.

3.5 Participants

Les participants ont été des patients suivis à l'hôpital de jour du CHUS dans un ou l'autre des deux volets. Les critères d'admissibilité sont présentés dans les tableaux 5 et 6. Ceux-ci correspondent aux critères d'admissibilité à ces deux programmes, signifiant que tous les patients intégrés en hôpital de jour étaient approchés pour participer au projet.

Tableau 5

Critères d'admissibilité, volet troubles affectifs

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> . Être d'âge adulte . Pouvoir se présenter à l'hôpital de jour . Présenter comme morbidité principale l'un des troubles suivants diagnostiqués selon le DSM-5 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Troubles dépressifs ○ Troubles bipolaires et apparentés ○ Troubles anxieux ○ Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés ○ Trouble liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress . Comprendre et parler le français
----------------------	---

Critères exclusion	Personnes présentant une ou des caractéristiques suivantes: <ul style="list-style-type: none"> . Un trouble de la personnalité du groupe A . Un trouble de la personnalité antisociale . Un trouble cérébro-organique . Une déficience intellectuelle . Être en garde en établissement . Présenter un risque imminent d'agir agressif sur soi ou sur autrui
--------------------	---

Tableau 6
Critères d'admissibilité, volet troubles psychotiques

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> . Être d'âge adulte . Pouvoir se présenter à l'hôpital de jour . Présenter comme morbidité principale l'un des troubles psychotiques diagnostiqué selon le DSM-5 . Comprendre et parler le français
Critères exclusion	<ul style="list-style-type: none"> . Un trouble de la personnalité antisociale . Une déficience intellectuelle . Être en garde en établissement . Présenter un risque imminent d'agir agressif sur soi ou sur autrui

3.6 Taille d'échantillon

Le second objectif est répondu par le recours à une régression linéaire multiple pour chaque volet. Pour les objectifs 1 et 3, considérant un seuil de significativité à 5%, une puissance à 80% et une taille d'effet modérée à 0,5, telle que dans l'étude de Larivière et coll. (2011), 64 patients sont nécessaires (Cohen, 1988). Pour le second objectif, selon ce qui est généralement convenu, il faut prévoir au moins 10 sujets par variable (Maxwell, 2000). De plus, nous avons estimé une perte au suivi

conservatrice de 10%. Il était donc prévu que 66 participants soient recrutés dans le volet pour les troubles psychotiques qui comptaient six variables et 77 participants seraient recrutés dans le volet pour les troubles affectifs, considérant 7 variables, pour un total de 143 participants.

3.7 Recrutement

Conformément à l'approche collaborative entre les chercheurs et les cliniciens de l'hôpital de jour du CHUS, il était prévu que les cliniciens (infirmières dans le volet affectif, psychologue au volet psychotique) sondent l'intérêt des participants en les informant du projet et les référant, le cas échéant, à l'équipe de recherche. Ici se terminait leur implication dans le volet recherche, au projet, dans un souci d'étanchéité de l'évaluation. Si la personne acceptait d'être contactée par un des membres de l'équipe de recherche, celui-ci prenait alors contact avec la personne pour lui présenter plus en détails le projet et répondre à ses questions. Le candidat avait au moins 24 heures pour réfléchir à sa participation. Le recrutement s'est déroulé de janvier 2014 jusqu'à août 2016. L'équipe de recherche demeurait en contact étroit avec l'équipe clinique pendant la durée du projet, advenant un besoin ou une rétroaction nécessaire à l'intérieur du processus.

3.8 Procédure de cueillette de données

Les participants ont été rencontrés à trois reprises par un membre de l'équipe de recherche soit Pascal Lambert-Comeau, Gabrielle Sirois-Giguère, Kimberly Pham, Malika Cossette-Lavallée, Véronique Colette Gaudet ou Nadine Larivière, qui ne faisaient pas partie de l'équipe traitante. Docteurs Sirois-Giguère, Pham, Cossette-Lavallée et Gaudet sont médecins résidents dans le programme de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke et ont contribué à la cueillette des données. Avant de débiter la collecte de données, tous les membres de l'équipe de recherche ont été formés à la passation de l'ensemble des questionnaires pour que l'administration soit

uniforme, suivre les directives recommandées et vérifier pour qu'il n'y ait pas de données manquantes. Les données sociodémographiques étaient recueillies lors de l'inclusion des participants à l'étude. Le dossier médical informatisé Ariane était sondé pour compléter les informations médicales. Le premier temps de mesure (T1) était au cours de la première semaine d'inscription au programme (troubles psychotiques ou troubles affectifs) et la passation des questionnaires se faisait dans un local séparé de l'hôpital de jour, au département de psychiatrie du CHUS. Le second temps de mesure (T2) survenait lors de la dernière semaine de suivi et la passation des questionnaires, au même endroit. Enfin, le troisième temps de mesure (T3) avait lieu six mois post congé. Cette rencontre s'est faite au lieu de convenance de la personne, soit au CHUS ou à domicile. Tous les outils précédemment décrits ont été administrés aux trois temps de mesure, sauf le VSSS-EU qui a été administré seulement au T2. Le temps de passation total est estimé à 75 minutes pour les personnes dans le volet troubles psychotiques et 150 minutes pour les personnes dans le volet troubles affectifs. Des pauses étaient prévues au besoin.

3.9 Analyses des données

Le profil des participants dans les deux volets et la satisfaction face aux services a été décrit par l'usage de statistiques descriptives. Pour répondre à l'objectif 1, le test t pour échantillons appariés a été utilisé pour examiner l'évolution dans le temps des participants dans les deux volets. Chacune des cibles cliniques constituaient les variables dépendantes et les sujets, les variables indépendantes. L'évaluation survenait à trois moments comparés en deux temps : T1-T2 et T2-T3. Le seuil de signification retenu était de 0,05. Pour répondre à l'objectif 2, une analyse de régression linéaire multiple pour chacune des issues cliniques était prévue pour chaque volet séparément, tenant compte des corrélations significatives et des variables sociodémographiques confondantes. La perception du rétablissement était la variable dépendante.

3.10 Diffusion des résultats

En résonance avec l'esprit de l'approche centrée sur l'utilisation de Patton (2008), les résultats préliminaires de l'évaluation du programme ont été partagés avec l'équipe clinique en octobre 2016, dans l'optique qu'ils puissent s'approprier et appliquer les recommandations qui en découleront afin d'optimiser les ressources professionnelles et les interventions. À l'heure actuelle, le projet est toujours en attente d'approbation pour publication et l'article leur sera remis une fois sous presse, avec, simultanément l'organisation d'une rencontre visant la discussion des résultats finaux de l'étude et des pistes pour le futur. Enfin, les données préliminaires ont été diffusées dans une communication orale dans un colloque sur les hôpitaux de jour en psychiatrie, permettant l'échange avec les professionnels évoluant en hôpital de jour.

3.11 Considérations éthiques

Des précautions minutieuses ont été prises pour s'assurer que les droits et libertés des participants de la recherche soient respectés. Le protocole a été soumis et approuvé le 17 janvier 2014 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Étienne-Le-Bel/CHUS #13-201. Les intervenants contactaient les candidats potentiels pour leur demander la permission qu'un membre de l'équipe de recherche entre en communication avec eux pour leur présenter le présent projet et son indépendance avec le programme thérapeutique offert. Un temps de réflexion d'au moins 24 heures a été accordé à tous les candidats afin de ne pas imposer une pression induite à la participation. Puis, lorsque la personne était admissible, un rendez-vous était fixé pour lire attentivement le formulaire de consentement, s'assurer d'obtenir un consentement écrit libre et éclairé et débiter la passation des questionnaires.

Les formulaires de consentement expliquaient clairement les objectifs principaux du projet, les tâches demandées aux participants, le lieu et la durée des rencontres, les

avantages, les inconvénients et les risques liés à la participation à ce projet de recherche, de même que les mesures prises pour respecter la confidentialité et l'anonymat des données recueillies. Il était mentionné de façon explicite que la participation au présent projet de recherche est tout à fait volontaire et qu'à tout moment, les personnes pouvaient mettre un terme à leur participation sans avoir à motiver leur décision, ni subir un préjudice de quelque nature que ce soit. Aucun risque important pour la santé des participants n'était présent dans cette étude. Tous les renseignements personnels notés sur papier (ex. nom, adresse) ont été codifiés et gardés sous clé dans le bureau de la Dre Nadine Larivière à l'École de réadaptation, où seuls les responsables du projet en avaient l'accès. Les ordinateurs utilisés par l'équipe de recherche avaient leur nom d'utilisateur et mot de passe seulement connus par eux. Les données seront conservées pendant cinq ans et détruites à la fin de ce délai. Lors de la présentation des résultats dans des communications orales ou à l'intérieur de publications dans des revues spécialisées, aucune information présentée ne permettra d'identifier ou de retracer les participants.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

4.1 Avant-propos

Sous la supervision du Pre Larivière, j'ai élaboré ce projet de recherche en tenant compte des contraintes reliées à mes tâches cliniques et de recherche, en l'absence d'utilisation de fonds. Devant l'imminence de mon départ pour pratiquer dans un autre territoire, j'ai recruté une équipe de recherche constitué de médecins résidents juniors pour palier à mon absence durant la cueillette de données. Elles ont pu bénéficier de cette expérience de recherche pour rencontrer les besoins du curriculum exigé par la formation post-doctorale. L'autorisation de chacune a été obtenue pour publier l'article et rédiger ce mémoire. Nous avons sollicité la statisticienne pour un soutien dans l'analyse des résultats et j'ai essentiellement rédigé les publications qui ont découlé, sous la supervision de Pre Larivière.

Un peu plus d'un an après le démarrage de l'étude, seulement quatre patients du volet psychotique avaient été recrutés dans l'étude et aucun n'a accepté de participer aux autres temps de cueillettes de données. Une seule agente de recherche y était affectée, et les patients directement référés par le personnel. La grande majorité déclinait, en dépit des aménagements offerts. Conséquemment, en mars 2015, il a été convenu d'abandonner la portion du projet comprenant le volet des troubles psychotiques pour concentrer les effectifs de recherche sur le volet des troubles affectifs.

4.2 Article 1

Progress of clients with mood and anxiety disorders in a day hospital program: examination of clinical, functional and recovery outcomes.

Auteurs de l'article: Pascal Lambert-Comeau, MD, BSc., Marika Cossette-Lavallée, MD, Gabrielle Sirois-Giguère, MD, Kimberly Pham, MD, Véronique-Colette Gaudet, MD, Nadine Larivière, PhD., erg..

Statut de l'article: Publié dans le Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health (2018) pp 1-12. La permission a été obtenue pour l'utilisation de la version manuscrite finale pour la présente thèse.

Résumé : Les hôpitaux de jour psychiatriques font maintenant partie intégrante de l'offre de soin en santé mentale, avec des données raisonnables comme alternative à l'hospitalisation lors d'une décompensation aiguë d'une maladie mentale. Le Centre de Rétablissement Intensif du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke souhaitait mieux comprendre l'évolution de leurs patients qui présentent des troubles de l'humeur ou anxieux ainsi que leur satisfaction envers les services. Ce projet, s'inspirant de l'évaluation de programme centrée sur l'utilisateur, a abordé ces enjeux sous l'angle du rétablissement en recrutant 68 patients avec un trouble de l'humeur ou anxieux. Ils ont complété des questionnaires validés se rapportant aux caractéristiques jugées d'intérêt, soit les symptômes anxieux et dépressifs, la consommation de substances, l'aptitude à la pleine conscience, la participation sociale et la perception du rétablissement au début, à la fin et à six mois de la participation au programme. Les données montrent une amélioration significative pour toutes les variables étudiées et le maintien des gains à six mois, avec une persistance de l'amélioration pour ce qui est de la participation sociale. Aucune variable à l'entrée n'a permis de prédire un changement quant à la perception du rétablissement. Toutefois, les participants célibataires évoluaient davantage en regard à l'état anxieux. La satisfaction envers les services a été élevée, avec la perspective que l'implication des familles pourrait être améliorée.

Progress of clients with mood and anxiety disorders in a day hospital program: examination of clinical, functional and recovery outcomes.

Abstract

Psychiatric day hospitals have been part of the continuum of care in mental health for several decades, with reasonable support as an alternative to inpatient care for acute illnesses. However, more needs to be explored for those with mood and anxiety disorders, including recovery outcomes. Integrating a collaborative program evaluation perspective, a naturalistic pre-post study of 68 persons with a mood and/or anxiety disorder was done. Participants completed validated questionnaires representing clinical outcomes of interest, that is, depressive and anxious symptoms, substance use disorder, mindfulness, social participation and perception of recovery at admission, at the end of the day hospital program and six months afterwards. Findings showed a significant and positive change for all studied outcomes during the day hospital program and maintenance of gains at six months, with a continued improvement in those who responded to all three times regarding global realization of social participation. No clinical variable at baseline significantly affected recovery perception during the day hospital program. Single participants seemed to improve more with regards to anxiety symptoms. Satisfaction toward services was high and family involvement was an aspect that could be improved.

Introduction

Mental health problems represent a significant challenge in modern health systems. When an acute decompensation arises, for instance when there is an important loss of premorbid function, when one's capacity to take care of itself is seriously compromised or there is imminent danger towards the person or others, inpatient care is the usual conduct. It represents an onerous allocation of resources since there are alternatives, such as crisis intervention programs, assertive community treatment and day hospitals, also known as partial hospitalization. A recent review from the Cochrane Collaboration reported reasonable evidence for psychiatric day hospital care to be as effective, less constraining and stigmatizing and, albeit modestly, more cost effective than inpatient care (Marshall et al., 2011; Russell et al., 1996). The American Psychiatric Association Task Force on Partial Hospitalization defined this type of service as "an ambulatory treatment program, which includes the major diagnostic, medical, psychiatric, psychosocial, and prevocational

treatment modalities, designed for patients with serious mental disorders, who require coordinated intensive, comprehensive, and multidisciplinary treatment not provided in an outpatient setting” (Schene, 2010).

Psychiatric day hospitals are part of the continuum of partial hospitalization as alternatives to inpatient care. They were first described in the Soviet Union in 1937 to address a lack of inpatient units (Boisvert & Lacomte, 2005; Neffinger, 1981). The first North American day hospital was founded in 1946 in Montréal (Canada) with a similar purpose and was already included in the American Community Mental Health Act of 1963 as one of the five essential services. The next decades saw a growth of this type of care until the 1980s, where the lack of evidence-based data, competition with community agencies and some excesses such as inappropriately placing long-term patients led to the closure of many of them (1). Political and financial pressure to sustain health expenditures revalorised these units as viable options to inpatient care. Locally, the last survey about the characteristics of psychiatric day hospitals in Québec (Canada) was done in 2000. While it is already dating, it shows an array of diversity, whether on theoretical approaches, team composition and participants which is still true today (Serero et al., 2000).

Evaluative research compared their effectiveness to other interventions, most often hospitalization, with clinical outcomes and social functioning being the most thoroughly studied variables. Sledge et al. (1996) and Creed et al. (1990) (Creed et al., 1990; Sledge et al., 1996) did not find significant differences between service users hospitalized compared to those treated in a day hospital for those presenting psychotic and neurotic/mood symptoms on clinical outcomes. Glick et al. (1986) (Glick, 1986) obtained similar results when comparing a day hospital to standard outpatient practice for patient with nonchronic schizophrenia or affective disorders. Howes et al. (1997) (Howes, Haworth, Reynolds, & Kavanaugh, 1997) found a decrease in symptoms for patients with a mood or anxiety disorder while bipolar patients remained stable. Larivière et al. (2010) (Larivière, Desrosiers, Tousignant, & Boyer, 2010) found a favorable progress for all groups on symptoms, social participation, whether they presented a psychotic, mood or cluster B personality disorder, with a trend benefiting patients with affective disorders. Another domain frequently assessed is service satisfaction. Most studies showed an advantage in global satisfaction for day hospitals when compared with hospitalization (Horvitz-Lennon

et al., 2001; Larivière et al., 2011; Marshall et al., 2011; Priebe et al., 2006), except for Sledge et al. (1996) and Kallert et al. (2007) who did not find any difference (Kallert et al., 2007; Sledge et al., 1996).

Using a large, multi-centric European patient database, Priebe et al. (2011) (Priebe, McCabe et al., 2011) reported that individuals with specific sociodemographic characteristics fared better at day hospital compared to inpatient care. Being a woman, having a high level of education and having a lower severity of psychopathology significantly influenced outcomes on psychopathology, disability and quality of life. Subjective initial response, defined as “the initial assessment of appropriateness and effects of their treatment” was also correlated with improvement on symptoms up to a year after the intervention (Priebe, Barnicot, et al., 2011), p.408). Zeeck et al. (2016) also reported less improvement for patients with comorbidities on axis I and axis II (Zeeck et al., 2016). However, other researchers (Howes et al., 1997; Larivière et al., 2011) did not find significant differences between men and women on their changes in clinical outcomes in a day hospital setting.

Day hospital studies targeting specifically patients with anxiety or mood disorders are scarce and now over a decade old (2, 10, 20). Russell et al. (1996), Mazza et al. (2004) and Howes et al. (1997) reported significant reduction in depressive and/or anxious symptoms, better functioning during the program (2, 10, 20) and high satisfaction towards services. (Mazza, Barbarino, Capitani, Sarchiapone, & De Risio, 2004; Russell et al., 1996). In addition, Howes et al. (1997) and Mazza et al. (2004) showed that participants continued to improve or maintained their gains at follow-up. To the knowledge of the authors, recovery has never been examined as an outcome in a published study targeting day hospitals although this type of service is congruent with the model of recovery-oriented care (Yanos, Vreeland, Minsky, Fuller, & Roe, 2009).

Thus, there is still a need to better understand the clinical, functional and recovery outcomes of persons with mood and anxiety disorders who are referred and treated in day hospitals. This knowledge is important for clinicians and policymakers considering limited resource availability and other strategies elaborated for acute patient care, such as community care (7).

Description of the day hospital of interest

The day hospital model in the present study is part of an Intensive Recovery Center (IRC) which features a program designed for patients with affective and anxiety disorders and one for persons with psychotic disorders. This article focuses on the program for adults with mood and anxiety disorders. It is located within a general university hospital in a midsize city. The mission is to offer intensive and time-limited care oriented on the recovery paradigm (H. L. Provencher, 2002) for persons dealing with acute mental health issues that require a level of care that is not available in primary care or outpatient programs. The day hospital in IRC defines itself as an alternative to hospitalisation. Patients are referred by psychiatrists from the psychiatric emergency service and inpatient units and are expected to participate in the program generally for eight weeks.

In our study, we modeled our inclusion and exclusion criteria after those of the program. Thus, eligible patients needed to present a severe mood and/or anxiety disorder, with or without a personality disorder. Psychotic patients, as well as those who present a cluster A personality disorder are referred to the other distinct program for persons with psychotic disorders. Patients with antisocial personality disorder were also excluded, since there is no therapy outside of the structured penal system that has shown any success and they can be disruptive in a group therapy, with individuals vulnerable to abuse (Gelder, 2009). Patients presenting an imminent risk of harm to self or to others are instead redirected to emergency services. Severe and active substance abusers are referred to addiction settings, as it is felt they cannot take full advantage of the therapeutic ingredients of the program. Are also excluded, for similar reasons, patients with severe organic brain disorders, intellectual disabilities or the inability to communicate in French.

In this day hospital program, the multimodal treatment includes evidence-based pharmacotherapy as recommended in national guidelines for mood and anxiety disorders, and two distinct therapy programs comprising a maximum of 10 patients at a time. The first combines psychoeducation and cognitive-behavioral therapy three days a week while the second blends psychodynamic and mindfulness approaches. Mentalization capacity, ego strength and high resiliency factors are criterion for this second group. An expressive medium through psychomotricity is also present in both groups. Individual sessions are inserted in the program when needed to facilitate progression in the group. Medication

compliance was advocated with titration as needed from individual consultations. The multidisciplinary team is composed of a psychiatrist, a psychologist, a social worker, a specialized educator, a recreational activity technician, and two nurses. In a typical year, this program admits about 150 patients.

In 2013, at the time the first author was doing his psychiatry residency, the staff started a reflective approach about their program, wishing to get a better picture of the impact of their services on their patients' symptoms, function, recovery and satisfaction, and also better define the profile of users benefiting the most from their care. A collaboration between the day hospital staff and the authors was then established in order to: 1) describe the progress of patients admitted in a day hospital during the intervention and six months after; 2) explore patient characteristics during the program and their influence on the level of progress; 3) evaluate patient satisfaction toward services received.

Methods

Evaluation of this day hospital was inspired from utilization-focused evaluation, a paradigm where the evaluation is on intended use by intended users (Patton, 2012) in a naturalistic fashion. It consists in systematically collecting information on activities, characteristics and results of programs to be able to make a judgment on them and enhance their efficiency (Brousselle, 2011). A pre-experimental, pre-post design was used to answer the research questions (Alkin, 2004). The study was approved by the institutional research ethics board from the Université de Sherbrooke. Subjects were recruited from patients admitted between January 2014 and August 2016.

Clinical outcomes

Outcomes were selected from a combination of a review of the studies on psychiatric day hospitals as well as domains of interest selected by this day hospital staff. As much as possible, to compare our findings with previous day hospital studies, we selected similar variables and instruments. At the same time, some of the outcomes targeted in this day hospital were novel and in sync with current practices for people with mood and anxiety disorders and the recovery paradigm. The clinical variables included: 1) initial intrinsic or extrinsic motivation towards the day hospital; 2) severity of depressive distress; 3) severity of substance use disorder; 4) social participation (accomplishment and satisfaction); 5)

mindfulness and 6) alexithymia. To the knowledge of the authors, the two latter had not been reported yet in day hospital literature and were felt to be characteristics of importance to measure progress.

Instruments

The instruments used in this study included assessments already used by the clinicians in the day hospital service and additional relevant measures. All questionnaires were available in French and presented good psychometric properties.

The French adaptation of the Recovery Assessment Scale (RAS) (Corrigan et al., 2004) was selected to measure the perception of recovery. It is comprised of 41 items covering the following domains, with corresponding internal consistency: personal confidence and hope ($\alpha = 0.87$), willingness to ask for help ($\alpha = 0.84$), goal and success orientation ($\alpha = 0.82$), reliance on others ($\alpha = 0.74$) and no domination by symptoms ($\alpha = 0.74$) (Corrigan et al., 2004).

Initial motivation was assessed with a customized Likert scale ranging from 1 (low) to 5 (high). **Depressive symptomatology** was measured by the well established Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996). Scores range from 0 (no distress) to 63 (extreme). Internal consistency is high at 0.92 and temporal stability is fair ($r = 0.62$ at 4 months) (Bourque & Beaudette, 1982). Severity of **anxious distress** was assessed with the Spielberger's State-trait Anxiety Inventory, measuring state and trait anxiety on a scale from 20 (minimal) to 80 (extreme). Psychometric properties were defined for each component for both genders, yielding α of 0.94 and 0.86 respectively for male and female participants for state anxiety, and 0.90 for both genders in the trait anxiety analyses. Retesting at 14 days showed a 0.64 correlation for state anxiety and 0.94 for trait anxiety (Gauthier & Bouchard, 1993). Liebowitz Social Anxiety Scale was also used, rating social anxiety and avoidance. The scores vary between 0 (absent) to 144 (extreme). This scale shows empirical and convergent validity and the acceptability to be used as a self-administered questionnaire (Yao et al., 1999). **Substance use disorder** severity was assessed according to DSM-5 criteria (Hasin et al., 2013). **Mindfulness** was quantified with the Five Facets Mindfulness Questionnaire, a 39-items inventory ranging from 39 (minimal) to 195 (optimal). Domains include observation, description, acting with awareness, non-judging and non-reactivity. Internal consistency is above 0.75 for each

factor, with reliability at eight weeks of 0.64 for the mindfulness score (Heeren et al., 2011). **Alexithymia** was measured with the Toronto Alexithymia Scale, a 20 items questionnaire assessing difficulty identifying and describing feelings, and external-oriented thinking. Scoring ranges from 20 (absent) to 100 (extreme). Internal consistency is satisfactory with $\alpha = 0.79$ (Loas et al., 1995), as is test-retest reliability at three weeks (0.77) in the original version (Bagby et al., 1994). **Social participation** was measured with the Life Habits Scale (LIFE-H) brief form, listing 16 activities of daily living and social roles such as preparing meals, taking care of hygiene, household chores, having relationships, being involved in work activities and accomplishing hobbies. Realization of activities incorporates perception of difficulty and assistance required and is rated from 0 (not accomplished) to 9 (done without difficulty and without assistance). Satisfaction with current social participation varies from 0 (very dissatisfied), to 4, (very satisfied). The LIFE-H (short form of 77 items) has been validated with several populations, including adults with mental health disorders (Ruest et al., 2016). The internal consistency is high with an α of 0.93 for realization and 0.91 for satisfaction. Inter-rater reliability was also moderate to high for adults with a ICC at 0.83 (Noreau & Fougereyrollas, 1996).

User satisfaction was assessed with the European version of the Verona Services Satisfaction Scale, comprising 54 items assessing seven domains: overall satisfaction, professional's skills and behaviours, information on services, access to therapy, efficacy of treatment, types of interventions and family involvement, ranging from 1 (very bad) to 5 (excellent). Internal consistency is satisfactory, with an α ranging from 0.57 to 0.91 (Corbière et al., 2003) and with moderate to high temporal stability in the original version (0.56 to 0.78) (Lecomte & Leclerc, 2004; Ruggeri, Dall'Agnola, Agostini, & Bisoffi, 1994).

Data collection procedures

After signing informed consent, questionnaires were administered at three different times: at the end of the first week at the day hospital (T1), at the end of participation, that is, eight weeks later (T2) and six months after discharge (T3). Participants that left the program before completion were not contacted at T2. Participants who declined to continue at T2 were not solicited at T3. Trained research staff, all residents in psychiatry, blind to the day

hospital therapy, administered the questionnaires, and ensured adequate completion at all measurement times. The data collection process was monitored by the authors.

Analyses

To meet the first objective, that is to describe the progression of the participants over time, t test for paired samples was selected for all the continuous variables. Results between T1 and T2, and T2 to T3, were analyzed separately. With respect to the second objective, the procedure to conduct a linear regression analysis was done, with recovery as the dependent variable. Withdrawers from the study, whom only completed T1, were compared to those who terminated the day hospital using khi square test for categorical data and t tests for questionnaires.

Satisfaction toward services was described using mean scores and standard deviation. Assumption of normality was verified using the Kolmogorov-Smirnov test and parametric tests were used for all analyses.

Results

Data collection took place from January 2014 to September 2016 and 68 persons were recruited to participate to the study. The sample was mainly composed of middle-aged women, not currently in a relationship, with one or more children and employed, either part or full time (Table 1). Most had a collegial degree. About two thirds had a mood disorder as their primary diagnosis, mostly a depressive disorder. Half of the sample presented at least one co-occurring psychiatric condition, most often borderline personality disorder or anxiety disorder. The most common anxiety disorder was generalized anxiety disorder, followed by social anxiety disorder and panic disorder. About one third had a pre-existing medical organic condition, the most frequent being treated hypothyroidism. Questionnaires at T1 showed that on average, participants presented moderate depressive symptoms, moderately high anxiety levels, difficulty in the realization of social participation requiring technical or human assistance and with marginal satisfaction with their social participation. Initial intrinsic motivation to participate at the day hospital was reported as high with 64/68 rating 4 or 5 out of 5.

Table 1
Characteristics of the sample (n = 68)

Continuous variables	Mean (standard deviation)
Age	38.8 (12.3)
Initial motivation (1=low; 5= high)	4.6 (0.7)
Categorical variables	Frequency (%)
Women	48 (70.6)
Marital status	
Single	26 (38.2)
Married or in relationship	23 (33.8)
Divorced	9 (13.2)
Separated/Widowed	10 (14.7)
Having one or more children	44 (64.7)
Employment	
On a temporary leave	48 (70.6)
Working part time while treated	3 (4.4)
Severe restraint for employment	7 (10.3)
Seeking employment	5 (7.4)
Retired	4 (5.9)
Student	1 (1.5)
Education	
Elementary	1 (1.5)
High school	12 (17.6)
College	34 (50.0)
Bachelor degree or certificate	17 (25.0)
Master or higher degree	4 (5.9)
Diagnosis at admission ¹	
Mood disorders (total)	46 (67.6)
Depressive disorders	32 (47.1)

Bipolar disorders	12 (17.6)
Dysthymia	2 (2.9)
Anxiety disorders	26 (38.2)
Generalized anxiety disorder	16 (23.5)
Social anxiety disorder	6 (8.8)
Panic disorder	6 (8.8)
Other specified anxiety disorder	2 (2.9)
Physical comorbidities (e.g. dysthyroidism, COPD)	26 (38.2)
Borderline personality disorder	19 (27.9)
Substance use disorders	17 (25.0)
Two diagnosis or more	34 (50.0)

Note: ¹ some participants could have more than one diagnosis

From the 68 whom enrolled at T1, 42 completed T2 and 29 completed T3. Of those who did not complete T2 measurements, ten finished the program but opted out of the study and four were lost to follow-up (e.g. could not be reached, never came to the appointment). Twelve dropped out of the program and declined passing T2. None of them were rehospitalized. Thirteen participants could not be reached at six months post discharge and were lost to follow up at T3. When the 26 participants who did not complete T2 were compared to the 42 who did, this subgroup did not show significant differences at T1 on any of the variables studied, that is gender ($p = 0.13$), marital status ($p = 0.76$), parenthood ($p = 0.99$), employment ($p = 0.83$), education level ($p = 0.13$), substance use ($p = 0.12$), symptoms, social participation or perceived recovery (all $p > 0.05$).

Between T1 and T2, the mean scores show that clinically, the 42 participants improved significantly on every clinical outcome, with effect sizes between moderate and strong (0.57 to 0.96), as presented in Table 2. The largest effect size can be seen for depression and trait anxiety levels. Lower changes are shown for mindfulness, satisfaction toward social participation and state anxiety.

Table 2
Clinical progress during day hospital (T1-T2) (n = 42)

Variables	T1 mean (SD)	T2 mean (SD)	<i>p</i>	Effect size
Dependent variable: Perception of recovery ¹	144.55 (15.79)	158.40 (19.79)	< 0.001	0.75
Independent variables:				
Depression symptoms ²	23.07 (9.93)	13.33 (9.58)	< 0.001	0.94
Anxiety state ³	50.76 (12.02)	43.19 (12.24)	< 0.001	0.59
Anxiety trait ⁴	56.48 (10.24)	47.00 (11.84)	< 0.001	0.96
Social phobia ⁵	65.55 (31.20)	53.57 (27.50)	0.001	0.60
Mindfulness ⁶	107.29 (19.11)	119.95 (22.03)	< 0.001	0.57
Alexithymia ⁷	57.86 (12.23)	50.81 (12.39)	< 0.001	0.70
Social functioning : realization ⁸	6.46 (1.35)	7.33 (1.09)	< 0.001	0.69
Social functioning : satisfaction ⁹	2.41 (0.64)	2.87 (0.61)	0.001	0.57

Notes:

¹ Recovery Assessment Scale: From 41 (lowest) to 205 (highest)

² Beck Depression Inventory: 0-13(minimal); 14-19(mild); 20-28 (moderate); 29-63 (severe)

³ State-Trait Anxiety Inventory: From 20 (minimal trait) to 80 (maximal trait)

⁴ State-Trait Anxiety Inventory : From 20 (lowest severity) to 80 (highest severity)

⁵ Liebowitz Social Anxiety Scale: 0-51 (mild); 52-81 (moderate); 82-144 (severe)

⁶ Five Facets Mindfulness Questionnaire: From 39 (low mindfulness) to 195 (high mindfulness)

⁷ Toronto Alexithymia Scale: 0-62 (unlikely); 63-73 (possible) 74-100 (likely)

⁸ LIFE-H: From 0 (not accomplished) to 9 (accomplished without difficulty and, without assistance)

⁹ LIFE-H: From 0 (very dissatisfied) to 4 (very satisfied)

Between T2 and T3, only perceived realization of social participation showed a significant improvement ($p < 0.05$) with a modest effect size (0.39). There was no significant difference in social participation at the end of the program (T2) between patients who completed all times and those who could not be reached six months after. All other clinical variables remained stable, as seen in Table 3.

Table 3

Clinical progress six months after discharge of day hospital (T2-T3) (n = 29)

Variables¹	T2 Mean (SD)	T3 Mean (SD)	<i>p</i>
Perception of recovery	157.55 (18.27)	159.28 (24.13)	0.56
Depression	13.79 (10.74)	13.21 (10.46)	0.65
Anxiety state	42.76 (12.35)	41.93 (12.53)	0.70
Anxiety trait	47.45 (11.75)	46.48 (12.59)	0.57
Social phobia	52.62 (29.02)	44.59 (29.45)	0.09
Mindfulness	120.79 (20.97)	121.93 (23.23)	0.56
Alexithymia	49.24 (11.68)	47.69 (11.93)	0.19
Social functioning : realization	7.33 (0.98)	7.64 (1.21)	0.05
Social functioning : satisfaction	3.69 (0.77)	3.77 (0.95)	0.49

¹ See table 2 for scoring interpretation

The preparatory analyses to linear regression showed that the independent continuous variables (clinical outcomes) were not significantly associated to changes on recovery between T1 and T2 (Table 4). When examining the influence of sociodemographic variables on changes in recovery, a significant improvement was seen for subjects who were single for state anxiety (mean change for participants in a relationship: 1.32; mean change for participants who were singles: 10.41, $p=0.03$, Table 5). There was no difference in changes on recovery on the other variables for gender, parenthood, educational level and employment status. Because of these findings, a full linear regression analysis was not necessary.

Table 4

Correlation between variables at T1 and changes in recovery between T1 and T2 ($n = 42$)

Variables	<i>r</i>	<i>p</i>
Substance use disorder	0.140	0.38
Depression	0.128	0.42
Anxiety state	-0.047	0.77
Anxiety trait	-0.118	0.46
Social phobia	-0.050	0.75
Mindfulness	0.017	0.92
Alexithymia	0.234	0.14
Social functioning : realization	-0.128	0.42
Social functioning : satisfaction	-0.261	0.10

Table 5
Changes between T1 and T2 depending on marital status (n = 42)

Variables¹	In union mean (SD)	Single mean (SD)	<i>p</i>
Perception of recovery	9.92 (20.66)	15.62 (17.40)	0.36
Depression	7.46 (10.01)	10.71 (10.40)	0.35
Anxiety state	1.23 (11.11)	10.41 (12.63)	0.03
Anxiety trait	6.07 (10.24)	11.00 (9.43)	0.14
Social phobia	5.54 (20.61)	14.86 (19.40)	0.17
Mindfulness	10.77 (20.22)	13.52 (23.50)	0.72
Alexithymia	6.31 (7.50)	7.38 (11.21)	0.76
Social functioning : realization	1.37 (1.18)	0.65 (1.25)	0.09
Social functioning : satisfaction	0.32 (1.01)	0.52 (0.71)	0.47

The mean scores regarding satisfaction towards services at T2 were generally high. The domains that showed higher ratings were general satisfaction and professionalism. The lowest satisfaction concerned family involvement. It was also frequently expressed spontaneously by participants as an aspect that could be improved (Table 6).

Table 6
Satisfaction scores at T2 (n = 42)

Domain¹	Mean (SD)
Global satisfaction (total score)	4.26 (0.41)
Overall satisfaction	4.55 (0.48)
Professionals' skills and behaviour	4.53 (0.41)
Information	3.95 (0.70)
Access	4.15 (0.57)
Efficacy	4.27 (0.57)
Types of interventions	3.96 (0.40)
Relatives involvement	3.89 (0.83)

¹ VSSS-EU: From 1 (very bad) to 5 (excellent)

Discussion

The aims of this study were twofold: from a program evaluation perspective, to report the progress of patients over time and satisfaction towards services. There was also an exploratory component, trying to assess if there was a profile of participants with mood and anxiety disorders who could benefit more from our day hospital program.

The sample's sociodemographic and clinical features in this study are comparable to a previous study in another urban, university setting (Larivière et al., 2011). Improvement on clinical symptoms was a key point for the day hospital staff when conceiving the program evaluation. Outcomes related to psychopathology significantly improved, reflecting that the day hospital intervention, when completed, was beneficial for persons with mood and anxiety disorders. For instance, depression scores went from moderate to mild intensity, and anxiety levels returned to average levels. While social participation was still overall achieved with difficulty, it improved to being realized without aid. This finding is congruent with findings from previous studies including persons with these types of psychiatric conditions (Horvitz-Lennon et al., 2001; Mazza et al., 2004; Priebe, McCabe, et

al., 2011). This study included variables such as alexithymia and mindfulness, which had not been examined before in day hospital studies and findings indicate that this day hospital program also helped participants on these psychological dimensions. The naturalistic design cannot differentiate how specific therapeutic ingredient contributed to these findings. However, this day hospital offered interventions that favored ingredients that were found to be helpful in previous day hospital studies like self-help, restructuring life hygiene framework, professional interventions, peer support and pharmacotherapy (2,4,42). After six months, the participants' mean scores remained stable, suggesting a consolidation of the gains made during treatment. An improvement on social participation was seen, which is in continuity with other findings (Kallert et al., 2007; Larivière et al., 2011), showing a continuing path along the recovery process.

When exploring characteristics of patients who completed T1 and T2, a greater improvement on state anxiety was noted for subjects who were single. It may reflect the social support received from group therapy, which is an important component of day hospitals for people who cannot benefit from other forms of support, most readily spousal (Gariépy, Honkaniemi, & Quesnel-Vallee, 2016). The beneficial role of social support was also reported in other studies focussing on day hospitals (Larivière et al., 2009; Mazza et al., 2004; Paquet, 2013). Lack of mean change difference for other characteristics examined diverged with another study (Priebe, McCabe, et al., 2011) that showed gender differences in favor of women on all outcomes (psychopathology, disability and quality of life) and differences between participants according to education level for psychopathology. The EDEN study database was a rather large sample that yields more power to detect a smaller occurrence. In our study, none of the clinical variables at baseline was associated with a significant change on the perception of recovery at T2. It is possible that all are relevant to consider as clinical outcomes of a day hospital for persons with mood and/or anxiety disorders but more research need to be done on this aspect considering the high attrition.

The other outcome was satisfaction towards services, which was high, with a global rating of 4.26 out of 5, similar to previous studies (Marshall et al., 2011; Priebe, McCabe, et al., 2011), including an earlier study from one of the authors using the same questionnaire

(Larivière et al., 2010). It is interesting to note that each domain is comparable in both studies, suggesting homogeneity in perceived satisfaction in patients of both sites. Highest satisfaction was found for overall satisfaction and professionalism of staff. Domains that were less satisfactory were about information and family involvement in the program. Lower satisfaction about information may reflect a therapeutic approach prioritizing expression and affect regulation over psychoeducation on a discrete illness.

Satisfaction about family involvement within the program had the lowest mean, underlining an issue considered important for patients, yet being underused by the day hospital. In the questionnaire used, formulations were about listening to concerns, keeping family involved on users' condition and their progress and counselling them on how to improve their care. This finding is similar to a previous study from one of the authors evaluating day hospitals (Larivière et al., 2011) and a perception shared by mental health providers (Dixon et al., 2001), that this has not been thoroughly covered outside of child and adolescent day hospital care. It is now known that spousal and family support is very important to one's mental well being (Gariépy et al., 2016) and is accordingly a major part of several guidelines (Bélanger et al., 2016; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). It makes sense to include them in an integrative day hospital program. Research about family-based interventions flourished in the past decade, advocating the efficacy of adjunctive family interventions in many fields such as the schizophrenic spectrum, mood and substance use disorders (Falloon, 2003; Henken, Huibers, Churchill, Restifo, & Roelofs, 2007; Justo, Soares, & Calil, 2007; Meis et al., 2013; Reinares et al., 2016). What remains unclear is how to properly implement family interventions in the structure of day hospitals with persons with mood and anxiety disorders to deal with constraints such as heterogeneity of participants admitted and the brief duration of treatment, since the psychoeducational interventions with the most evidence for efficacy last many months (Fiorillo et al., 2015; Lyman et al., 2014; Miller et al., 2008), which is unrealistic in a eight-week setting. Approaches with self-management material aimed to improve knowledge and attitude about the illness, adherence to medication, relapse and hospitalization could be tailored to fit in such a framework (Falloon, 2003; Fiorillo et al., 2015). These interventions can also be structured in a multi-family session or on an as-needed basis, whether by the patient or its family.

Strengths and limitations of the study

This naturalistic study selected variables that were well linked to the day hospital program. The questionnaires had sound metrological qualities, were relevant to be used with this clinical population, were self-administered and supervised by research staff whose training was standardized to ensure that missing data was minimal. However, caution is of outmost importance when interpreting the results from this study. As there was no control group, it was not designed to assess the effectiveness of the program. The sample size was also modest, limiting the power of the study. Attrition was high with about 61% completing T2 and 43% reaching T3. There seems to be an inherent difficulty from studying this population, as none of the trials in the Marshall et al. systematic review attained retention of 80% or more (range between 65 and 79%). Some of the leading researcher in the field felt that high mobility accounted for these rates, stating that sample studies who shown a high follow-up rate were skewed with a high proportion of patients with chronic illnesses (Creed et al., 1989). There are however methodological issues that may have hinted to these results, such as the duration, about 120 minutes, of interview session which might have deterred some. A change in motivation during the course of the program may also have occurred, waning especially at six months after the episode when people are well reintegrated into their lives. The absence of monetary incentive is also felt to have possibly contributed. Ad hoc analysis of the twenty-six who did not complete T2 did not show any difference on any variable studied, although this study was not design to be sensitive to this matter. This preliminary data shows the challenges of real time program evaluation and highlights the need to explore in more depth the characteristics of these withdrawers in future studies as well as reasons for abandoning acute day hospital programs. Some studies have looked at the concept of dropping out of individual and long term group psychotherapy, such as personality disorders group therapy, but more need to be investigated on this issue for short term acute day hospitals (Hummelen, Wilberg, & Karterud, 2007).

Conclusion

This study was driven by the need from the multidisciplinary staff of a day hospital to have a better awareness of the impact of their interventions for their clients with mood and

anxiety disorders. Patients in this day hospital program improved on symptoms, mindfulness, social participation and recovery, with maintenance of the gains up to six months after. While patient satisfaction was high, participants felt that family members should be more involved in the process, eliciting an interesting issue of how to implement such interventions in acute day hospital settings. Lastly, it hinted to explore further who, among those with acute mood and anxiety disorders, seem to benefit more from this type of service.

Clinical keypoints

- Participants improved on every clinical outcome at the end of the day hospital and remained stable six months afterwards. Thus, this type of day hospital program appears to help persons with mood and anxiety disorders.
- Improvement of all clinical variables was correlated with improved perception of recovery.
- Participants who were single at the beginning of the study improved more on the state-anxiety questionnaire. This leads to hypothesize that social support, as received during group therapy, may be a therapeutic ingredient for this subgroup.
- Reviewing patient satisfaction showed high appreciation of the program but family involvement as an aspect to improve.

Research keypoints

- This pre-experimental exploratory study supports the relevance to conduct experimental studies on day hospital for persons with mood and anxiety disorders
- The issue of understanding better who completes programs and maintains participation in naturalistic studies remains an object to continue to investigate.
- On the satisfaction questionnaire, users highlighted a desire to involve carers to the recovery process. How to integrate them properly in a day hospital program represents an interesting avenue for future investigation.

References

- Agence de santé publique du Canada, & Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. (2015). *Rapport du système Canadien de surveillance des maladies chroniques les maladies mentales au Canada, 2015*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP35-56-2015-fra.pdf
- Alkin, M. C. (Éd.). (2004). *Evaluation roots: tracing theorists' views and influences*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. F. (2000). Clinical Care Update: The Chronically Mentally Ill. Case Management—More Than a Response to a Dysfunctional System. *Community Mental Health Journal*, 36(1), 97-106.
- Appelbaum, P. S., Roth, L. H., & Lidz, C. (1982). The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5(3-4), 319-329.
- Bados, A., Gómez-Benito, J., & Balaguer, G. (2010). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version: Does It Really Measure Anxiety? *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 560-567.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II: manual* (Second edition). San Antonio, TX: Pearson, PsychCorp.

- Bélanger, S., Delorme, A., Lepage, J., Duhamel, M., Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, & Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2016). *Faire ensemble et autrement: plan d'action en santé mentale 2015-2020*.
- Berk, L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., Dodd, S., & Berk, M. (2011). Development of guidelines for caregivers of people with bipolar disorder: a Delphi expert consensus study: Caregiver guidelines. *Bipolar Disorders*, 13(5-6), 556-570.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., & Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67.
- Boily, M., & Bourque, Sonia. (2011). Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social. OTSTCFQ.
- Boisvert, D., & Lacomte, Y. (2005). *Hôpital de jour: une nouvelle chance: Hôpital de jour du Centre hospitalier Pierre Janet*. Gatineau, Québec: Santé mentale au Québec.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Brousselle, A. (Éd.). (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes* (2e édition). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cameron, D. E. (1967). The origin and growth of the day hospital. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12(3), 287-291.
- Casarino, J. P., Wilner, M., & Maxey, J. T. (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 1(1), 5-21.
- Cazale, L., Tremblay, M.-È., Poirier, L.-R., Flores, J., & Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. regard sur l'expérience*

- vécue par les Québécois Volume 3, Volume 3*, Québec (Québec): Institut de la statistique du Québec. Consulté à l'adresse <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2279634>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). De l'ombre à la lumière — La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Comf/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm>
- Corbière, M., Lesage, A., Lauzon, S., Ricard, N., & Reinharz, D. (2003). [French validation of the Verona Service Satisfaction Scale-VSSS-54F]. *L'Encephale*, 29(2), 110-118.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., ... Houle, J. (2016). Profiles of Recovery from Mood and Anxiety Disorders: A Person-Centered Exploration of People's Engagement in Self-Management. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Creed, F., Black, D., & Anthony, P. (1989). Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 154, 300-310.
- Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., & Tomenson, B. (1990). Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 300(6731), 1033-1037.
- Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B., & Holme, S. (1997). Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *BMJ*, 314(7091), 1381-1381.

- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Delorme, A. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Quebec: Santé et Services sociaux Québec. Consulté à l'adresse <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3241891>
- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., ... Sondheim, D. (2001). Evidence-Based Practices for Services to Families of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 52(7), 903-910.
- Drake, R. E., Szmukler, G., Mueser, K. T., & Thornicroft, G. (2010). Chapter 1 Introduction to community mental health care. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.
- Dunn, L. B. (2006). Capacity to consent to research in schizophrenia: the expanding evidence base. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(4), 431-445.
- Falloon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2(1), 20-28.
- Fansi, A., Jehanno, C., & Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet 2, Volet 2*. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/247403>
- Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., ... Maj, M. (2015). Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 291-299.

- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Fougeyrollas, P., & Réseau international sur le processus de production du handicap. (1998). *Classification québécoise--processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec: RIPPH/SCCIDIH.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State–Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 25(4), 559-578.
- Gelder, M. G. (Éd.). (2009). *New Oxford textbook of psychiatry* (2nd ed). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Glick, I. (1986). A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1551-1556.
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... Grant, B. F. (2013). DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.
- Henken, T., Huibers, M. J. H., Churchill, R., Restifo, K. K., & Roelofs, J. J. (2007). Family therapy for depression. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

- Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L., Gaccione, P., & Frank, R. G. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *The American Journal of Psychiatry*, 158(5), 676-685.
- Howes, J. L., Haworth, H., Reynolds, P., & Kavanaugh, M. (1997). Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 42(5), 502-508.
- Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of Female Patients with Borderline Personality Disorder Who Dropped out of Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(1), 67-92.
- Justo, L., Soares, B. G. de O., & Calil, H. (2007). Family interventions for bipolar disorder. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kallert, T. W., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., ... Schützwohl, M. (2007). Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 278-287.
- Killaspy, H., & Rosen, A. (2010). Chapter 15 Case management and assertive community treatment. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.
- Lançon, C., Auquier, P., Llorca, P. M., Martinez, J. L., Bougerol, T., & Scotto, J. C. (1997). [Psychometric properties of PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) in the French version in a sample of schizophrenic patients]. *L'Encephale*, 23(1), 1-9.
- Larivière, N. (2010). *Évaluation des impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux*. Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada, Ottawa.

- Larivière, N., & Boyer, R. (2011). Revisiter l'expérience en hôpital de jour six mois après le congé : parcours et perceptions des personnes utilisatrices. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 75. h
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Who benefits the most from psychiatric day hospitals? A comparison of three clinical groups. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(2), 93-102.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2011). Multifaceted impact evaluation of a day hospital compared to hospitalization on symptoms, social participation, service satisfaction and costs associated to service use. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(3), 228-240.
- Larivière, N., Melançon, L., Fortier, L., David, P., Cournoyer, J., Baril, M.-C., & Bisson, J. (2009). A Qualitative Analysis of Clients' Evaluation of a Psychiatric Day Hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 165-179.
- Latimer, E. A. (1999). Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(5), 443-454.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (Éd.). (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Lenz, A. S., Hall, J., & Bailey Smith, L. (2016). Meta-Analysis of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Decreasing Symptoms of Acute Depression. *The Journal for Specialists in Group Work*, 41(1), 44-70.
- Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). [Factorial structure and internal consistency of the French version of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale in a group of 183 healthy probands]. *L'Encephale*, 21(2), 117-122.
- Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416-428.

- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. h
- Martin, C. S., Steinley, D. L., Vergés, A., & Sher, K. J. (2011). Letter to the Editor: The proposed 2/11 symptom algorithm for DSM-5 substance-use disorders is too lenient. *Psychological Medicine*, 41(09), 2008-2010.
- Maxwell, S. E. (2000). Sample size and multiple regression analysis. *Psychological Methods*, 5(4), 434-458.
- Mazza, M., Barbarino, E., Capitani, S., Sarchiapone, M., & De Risio, S. (2004). Day hospital treatment for mood disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 55(4), 436-438.
- Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., ... Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 275-286.
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Uebelacker, L. A., Johnson, S. L., & Solomon, D. A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 732-740.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des services à la population. Consulté à l'adresse <http://www4.bnquebec.ca/pgq/2003/2652750.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Services sociaux généraux: offre de service*.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale*, XV, 335-341.

- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults. NICE guideline (CG90). Leicester and London (UK): British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Neffinger, G. G. (1981). Partial hospitalization: an overview. *Journal of Community Psychology*, 9(3), 262-269.
- Noreau, L., & Fougeryrollas, E. (1996). L'Évaluation des situations de handicap: La « Mesure des habitudes de vie » appliquée aux personnes ayant une lésion de la moelle épinière. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(2), 81-98.
- Noyce, G. (2016). Crisis Intervention for People with Severe Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 881-882.
- Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2012). A naturalistic study of alexithymia among psychiatric outpatients treated in an integrated group therapy program: Changes in alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 278-291.
- Paquet, L. (2013). Les troubles de l'humeur en hôpital de jour: identification des facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients.
- Patel, M. X., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(3), 229-238.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4th ed). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2012). *Essentials of utilization-focused evaluation*. Los Angeles, Calif: SAGE.
- Priebe, S., Barnicot, K., McCabe, R., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., ... Kallert, T. (2011). Patients' subjective initial response and the outcome of inpatient and day hospital treatment. *European Psychiatry*, 26(7), 408-413.

- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M., & Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 243-249.
- Priebe, S., McCabe, R., Schützwohl, M., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., ... Kallert, T. W. (2011). Patient Characteristics Predicting Better Treatment Outcomes in Day Hospitals Compared With Inpatient Wards. *Psychiatric Services*, 62(3).
- Provencher, H., & Gagné, C. (2008). Traduction canadienne-française du questionnaire « Recovery Assessement Scale » (Corrigan et al., 1999).
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35.
- Provencher, H. L. (2007). Le paradigme du rétablissement: 1. Une expérience globale de santé. *Le Partenaire*, 15(1), 4-12.
- Ramírez, R., & Brodhead, D. (2013). *Utilization focused evaluation a primer for evaluators*. Penang: Southbound.
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47-57.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (Éd.). (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (Nouvelle édition revue et augmentée). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ruest, M., Lacroix, M.-P., Trudeau, M.-H., Blouin, A., & Larivière, N. (2016). The LIFE-H to Assess Social Participation of Mental Health Service Users. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 3(1), 15-20.
- Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., Agostini, C., & Bisoffi, G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in

- psychiatric patients and their relatives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(6), 265-276.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'Agnola, R., van Wijngaarden, B., Knudsen, H. C., Leese, M., ... Tansella, M. (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale--European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (39), s41-48.
- Russell, V., Mai, F., Busby, K., Attwood, D., Davis, M., & Brown, M. (1996). Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 41(10), 629-637.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (Éd.). (2009). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 12 Suppl 1, 33-41.
- Santé publique Ottawa, Association canadienne pour la santé mentale, Association canadienne de santé publique, Mental Illness Caregivers Association, & Service aux familles des militaires. (2016). Guide des proches aidants en santé mentale: Un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale. Ottawa, ON: Santé publique Ottawa.
- Schene, A. H. (2010). Chapter 17 Day hospital and partial hospitalization programmes. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press. h
- Serero, M., Gagnon, J., & Association des hôpitaux du Québec. (2000). *Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec*. Montréal: Association des hôpitaux du Québec.

- Slade, M., & Davidson, L. (2010). Chapter 4 Recovery as an integrative paradigm in mental health. Dans G. Thornicroft, G. Szukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.
- Sledge, W. H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Lyons, L., & Druss, B. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: Clinical outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1065-1073.
- Stroup, S., Appelbaum, P., Swartz, M., Patel, M., Davis, S., Jeste, D., ... Lieberman, J. (2005). Decision-making capacity for research participation among individuals in the CATIE schizophrenia trial. *Schizophrenia Research*, 80(1), 1-8.
- Szymczynska, P., Walsh, S., Greenberg, L., & Priebe, S. (2017). Attrition in trials evaluating complex interventions for schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 90, 67-77.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Alexithymia and the five-factor model of personality. Dans T. A. Widiger & P. T. Costa (Éd.), *Personality disorders and the five-factor model of personality (3rd ed.)*. (p. 193-207). Washington: American Psychological Association.
- Thornicroft, G. (Éd.). (2011). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis: Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260.
- Williams, J. M. G. (Éd.). (2007). *The mindful way through depression: freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- Woodall, A., Morgan, C., Sloan, C., & Howard, L. (2010). Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age related barriers? *BMC Psychiatry*, 10(1).

- Yanos, P. T., Vreeland, B., Minsky, S., Fuller, R. B., & Roe, D. (2009). Partial hospitalization: compatible with evidence-based and recovery-oriented treatment? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(2), 41-47.
- Yao, S. N., Note, I., Fanget, F., Albuissou, E., Bouvard, M., Jalenques, I., & Cottraux, J. (1999). [Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version]. *L'Encephale*, 25(5), 429-435.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiss, H., Scheidt, C. E., Völker, A., Helesic, A., ... Hartmann, A. (2016). Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic study on inpatient and day hospital treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 197, 205-214.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Les objectifs de ce projet s'arrimaient aux besoins des professionnels de l'hôpital de jour, soit de décrire l'évolution des patients fréquentant l'hôpital de jour du CRI et d'en distiller les ingrédients à l'admission pouvant prédire un devenir plus favorable. Le premier constat est que le groupe des participants admis au volet des troubles affectifs s'est amélioré significativement sur l'ensemble des domaines cliniques étudiés entre le début et la fin du programme, en conservant ces acquis lorsque réévalués six mois suite à l'intervention. La participation sociale globale poursuivait quant à elle son ascension, suggérant la poursuite du rétablissement se répercutant dans la reprise d'un rôle professionnel, par exemple. Il faut garder à l'esprit que le devis a permis de déterminer que les participants étaient « différents », mais n'offre pas la possibilité de statuer sur la cause de cette différence, étant vulnérables aux autres facteurs ayant aussi pu causer ou influencer ces différences (Ridde et Dagenais, 2012).

À notre connaissance, seule une autre étude a évalué l'alexithymie chez des patients participant à une approche thérapeutique de groupe similaire à l'hôpital de jour (Ogrodniczuk et coll., 2012). L'alexithymie en psychothérapie représente un écueil significatif compte tenu le rôle primordial que représente l'accès aux émotions pour amener un changement bénéfique dans les pensées et les comportements et ainsi sur la psychopathologie et le fonctionnement. Sans pouvoir cerner si une des interventions au sein de leur programme en était la cause, ils rapportaient que l'amélioration de l'alexithymie était associée à un meilleur score de fonctionnement interpersonnel et que les gains réalisés durant la thérapie étaient consolidés à trois mois.

Cette étude serait potentiellement à ce jour la première impliquant l'évaluation de l'aptitude à la pleine conscience dans le contexte d'interventions multimodales en hôpital de jour. La pleine conscience comme modalité principale d'intervention appliquée en groupe a été validée pour plusieurs populations cliniques avec comme

propriétés de consolider les acquis et prévenir les rechutes (Baer, 2003; Lenz et coll., 2016; Vøllestad et coll., 2012). Les participants à l'étude ont amélioré significativement leurs scores d'aptitude à la pleine conscience avec une taille d'effet modérée (0,57), qui est demeurée inchangée 6 mois post-intervention. Ces données pavent la voie à démontrer la pertinence de cette approche thérapeutique intensive à l'hôpital de jour.

Lorsque nous analysons l'échantillon selon leurs caractéristiques à l'admission, à partir de la littérature, certains éléments militaient pour une évolution favorable, par exemple la symptomatologie modérée, le degré de scolarité et la majorité féminine (Priebe et coll., 2011). Les co-morbidités, fréquentes, évoquaient quant à elles une trajectoire plus mitigée.

Parmi les autres caractéristiques sociodémographiques, un fait saillant relevé pour le groupe des patients célibataires est que l'hôpital de jour a permis une amélioration de taille significativement plus élevée que ceux en couple en ce qui avait trait à la variable mesurant l'état anxieux, à savoir le degré ponctuel d'anxiété vécu par la personne (en opposition au trait anxieux, soit la prédisposition à l'anxiété par les distorsions cognitives névrotiques ou encore les affects négatifs présents (Bados et coll., 2010)). Nous supposons qu'il s'agit ici d'un indicateur indirect de l'impact du soutien social, « concept multidimensionnel considéré comme protecteur en santé mentale tant par les effets bénéfiques des relations sociales qu'un tampon contre les circonstances adverses » (Gariépy et coll., 2016, p. 284). Ces mêmes auteurs relèvent que le conjoint comme source de soutien est le facteur protecteur principal contre la dépression, rempart que n'ont pas les personnes seules et que l'hôpital de jour peut aider à pourvoir. En effet, le soutien fait partie de l'ADN des hôpitaux de jour, retrouvé dès ses origines où le pionnier britannique Joshua Bierer baptisait le premier hôpital de jour anglais le centre de psychothérapie sociale (Schene, 2010) et encore évoqué dans la littérature contemporaine sur le sujet (Mazza et coll., 2004). Cet ingrédient semble malheureusement épisodique et s'étioler à la fin de l'hôpital de jour: dans leur étude observationnelle, Zeeck et ses collègues n'identifient pas le

faible soutien social comme problématique dans l'amélioration de l'état mental au cours du traitement en hôpital de jour mais plutôt comme un facteur pronostic négatif pour le maintien des acquis et la prévention de la rechute à la suite du programme (Zeeck et coll., 2016).

Enfin, aucune des variables à l'admission ne permettait de prédire une meilleure perception du rétablissement, que ce soit à la fin du programme ou encore six mois après les faits. Ceci ne signifie pas pour autant que ces variables n'en sont pas d'intérêt, y étant toutes significativement associées. Ceci plaide pour le maintien d'un modèle inclusif, pouvant admettre et aider des personnes des deux sexes, d'âges variés avec un ou des diagnostics anxieux ou de l'humeur, des comorbidités à l'intérieur des balises actuelles, par exemple avoir un lieu de résidence ou encore ne pas présenter une dangerosité immédiate sans compromettre le potentiel d'amélioration et, *in fine*, de rétablissement.

Réalisée *ad hoc*, l'analyse du profil initial des abandons ne décelait aucune différence significative entre ceux-ci et les patients ayant complété l'ensemble des temps de cueillette. Toutefois, la puissance plus faible de cette portion du projet ne permet pas d'inférer des conclusions définitives, pavant plutôt la voie à des perspectives intéressantes pour ce sous-groupe. L'étude de Kallert et collègues relevait que les sujets n'ayant pas été réévalués après l'entrevue initiale avaient un plus jeune âge, l'absence de lien d'emploi, une pathologie plus grave et une satisfaction moindre à l'admission (Kallert et coll., 2007).

L'objectif suivant concernait la satisfaction envers les services reçus. L'appréciation globale est élevée, avec comme critique principale une implication des familles déficitaire, domaine couvert par l'outil retenu, la version française du Verona Services Satisfaction Scale. Soulignons de nouveau que les proches - les conjoints au premier chef – constituent le principal soutien social et peuvent, selon leur situation, leurs attitudes face à la personne ou leurs propres comportements être autant de puissants vecteurs de rétablissement que des perpétuants de la maladie, à contre-sens

des interventions en hôpital de jour (Dixon et coll., 2001; Falloon, 2003). Le contexte de détérioration aiguë ou subaiguë s'avère souvent le momentum idéal où ces interventions peuvent exercer un impact durable sur l'évolution de la personne et s'inscrit en continuité avec les orientations ministérielles (Bélangier et coll., 2016). Les données probantes plaident pour une approche psychoéducative, avec une structure s'échelonnant sur plusieurs mois (Henken et coll., 2007; Justo et coll., 2007; Reinares et coll., 2016). Conséquemment, l'enjeu est d'inclure stratégiquement ce type d'intervention à l'intérieur d'un cursus déjà perçu par les patients comme étant chargé et souvent trop bref (Larivière et coll., 2009). Les approches d'autogestion constituent une base raisonnable et plusieurs agences ont mis sur pied des guides pratiques pour les proches aidants (Berk et coll., 2011; Santé publique Ottawa, 2016). Encore faut-il que le besoin soit présent : l'expertise du travailleur social mérite alors d'être mise à contribution chez les équipes dotée de ces professionnels pour la coordination entre les attitudes et les besoins des patients, des proches et la conduite de l'équipe.

Une prémisse importante dans l'approche évaluative basée sur l'utilisateur est de faciliter l'usage de l'évaluation aux utilisateurs attendus, par des méthodes assertives pour les rejoindre et d'en disséminer les connaissances dans le but d'en accroître le bassin d'utilisation (Patton, 2012; Ramírez et Brodhead, 2013). Un retour avec l'équipe traitante était opportun et a été effectué à différents moments au cours du processus de recherche. Les résultats préliminaires ont été présentés localement à la journée scientifique du département de psychiatrie. L'article a été transmis à l'équipe clinique à sa parution en avril 2018 avec une rencontre prévue pour échanger sur les recommandations.

Une des forces de l'étude a été le recours à des questionnaires auto-administrés, avec des qualités métrologiques robustes et cernant bien les cibles cliniques choisies par l'équipe clinique. Une attention spéciale à la validité test-retest était prêtée, atténuant le biais d'accoutumance au test. L'équipe de recherche s'assurait de la supervision et ont reçu une formation standardisée préalable, diminuant le biais de fluctuation de

l'instrument de mesure. Malgré ces adaptations, le devis présente plusieurs limites à la validité (Fortin et Gagnon, 2010). Les facteurs historiques et la maturation, tels que la réponse aux médicaments ou la période d'abstinence aux substances, peuvent modifier la trajectoire des variables dépendantes. La régression vers la moyenne est aussi à considérer, ce qui peut être attendu d'un échantillon en situation de crise aiguë ou subaiguë qui peut présenter des scores extrêmes à l'admission.

Aussi, force est de reconnaître l'envergure modeste de cette étude sans groupe contrôle. Or, lorsque le devis a été confronté à la réalité pour le recrutement et la rétention des participants provenant du volet des troubles psychotiques, nous avons été contraints de constater les grandes difficultés pour y parvenir, culminant éventuellement en l'abandon pur et simple de ce pan du projet. Il est possible d'évoquer la culture de recherche qui demeure à établir au sein de ce département, moins assertive que pour le volet des troubles affectifs. Le temps de passation des tests, bien qu'ajusté à la baisse en comparaison au volet des troubles affectifs, constituait une barrière importante à l'accès. Une tentative de diviser en des rencontres plus courtes n'a pas permis d'obtenir de meilleurs résultats. On peut concéder que la majorité de l'équipe étaient constituée de chercheurs « juniors » à leur première expérience de recherche. Cette dichotomie entre les deux volets, affectif et psychotique, nous mène à considérer un champ particulier de la recherche clinique en psychiatrie, à savoir, la recherche avec le sujet psychotique. En effet, plusieurs publications traitent des difficultés inhérentes au consentement à la participation et à la rétention à l'intérieur d'une étude, et ce, autant en qui a trait aux essais cliniques médicamenteux (Dunn, 2006; Stroup et coll., 2005) qu'aux interventions non-pharmacologiques (Szymczynska et coll., 2017). Plusieurs barrières au recrutement ont été relevées dans une récente méta-analyse (Woodall et coll., 2010). La première est reliée à la méfiance comme mode cognitif défensif chez cette population se répercutant sur l'équipe de recherche. L'épisode d'hôpital de jour survient souvent en situation de précarité au plan perceptuel, que ce soit comme alternative à l'hospitalisation ou en transition de l'unité vers la vie en communauté. Une part importante dans la conception de l'étude était de s'assurer de préserver une

approche éthique, en évitant d'induire par l'équipe clinique une notion souvent avancée en recherche auprès des populations vulnérables, la méprise thérapeutique (*therapeutic misconception*) (Appelbaum et coll., 1982), c'est-à-dire, l'impression erronée du sujet que le projet porte son bien-être à l'avant-plan, pouvant indûment influencer le processus de consentement au soin. Le devis de l'étude militait contre cette notion : sans randomisation ou groupe contrôle, il n'y avait nul risque de ne pas bénéficier de l'intervention la plus efficace, ni laisser miroiter un traitement préférentiel. De plus, un temps de réflexion d'au moins 24 heures était laissé au candidat pour éviter de provoquer le consentement sous coercition (Patel et coll., 2003). Il est aussi avancé que de se baser sur la référence des cliniciens peut induire un biais lié à l'incompréhension de l'étude chez ceux-ci et en plomber l'efficacité lors de l'explication initiale du projet (Woodall et coll., 2010).

Pour ce qui est du volet des troubles affectifs, un taux d'abandon élevé a nui à l'interprétation des résultats obtenus, affectant certainement l'interprétation des résultats chez cet échantillon qu'on doit considérer comme plus volontaire que la population à l'étude. Ce défi, de taille, est retrouvé dans les autres études portant sur les hôpitaux de jour : Marshall relevait qu'aucune des études comprises dans sa méta-analyse ne retenait davantage que 80% des membres, chiffre souvent évoqué comme étant le seuil après lequel la validité est entamée. Une seule étude est comparable à T2, soit l'étude de Kallert et coll. de 2007, aussi reprise par la méta-analyse de Marshall., une perte au suivi combinée (car ils comptaient également un bras hospitalier) au congé de 13,0% contre 32,8% pour notre étude (Marshall et coll., 2011). Toutefois, entre 46,8% et 76,7% des patients selon les sites présentaient des critères d'exclusion et étaient exclus du projet, avec une attrition de supplémentaire de 7,9% entre la randomisation et l'admission, suggérant que notre échantillon était possiblement plus représentatif de la population à l'étude.

Pour plusieurs, on peut croire que la motivation s'était étiolée à la fin du programme. Le temps de passation des tests a encore ici pu en décourager d'autres à récidiver l'expérience. Une portion d'entre eux présentait une mobilité résidentielle

empêchant l'équipe de recherche de pouvoir les relancer au dernier temps de mesure. Pour les deux volets, un facteur significatif aura été l'absence de compensation monétaire à la participation, cette étude n'ayant bénéficié d'aucun soutien financier. Associé à la perspective du patient, une légère somme d'argent peut faciliter l'acceptation sur un mode utilitariste pour compenser le temps et le voyage investi (Patel et coll., 2003). D'autres approches, tels qu'une relance plus assertive ou l'implication des proches auraient été des pistes pour résoudre cette problématique.

Quoiqu'il en soit, les résultats obtenus s'alignent sur la littérature pour les variables les plus extensivement étudiées, par exemple l'amélioration de la gravité des symptômes anxio-dépressifs, la participation sociale et la satisfaction envers les services reçus. L'absence de variables prédisant l'amélioration de la variable dépendante, soit la perception du rétablissement, concorde avec l'étude de Zeeck (Zeeck et coll., 2016) mais est confrontées aux différences ressortant de l'analyse de la banque de données EDEN (Priebe et coll., 2011), qui rapportaient une meilleure évolution chez les femmes et les personnes plus instruites lorsqu'ils comparaient les programmes d'hôpitaux de jour de plusieurs pays européens avec des pairages vivant un épisode hospitalier. Les issues étudiées différaient d'avec notre étude, présentaient un large échantillon avec des critères d'inclusion étroits (les troubles de consommation de substance et les troubles de la personnalité étaient exclus). Ces résultats sont retrouvés dans une étude récente analysant les profils face au rétablissement et l'autogestion des soins (Coulombe et coll., 2016) où ce sont les hommes, les célibataires et les personnes à faible revenu qui ont le plus de difficultés à intégrer et généraliser les stratégies de gestion de leur santé mentale; l'un des rôles des hôpitaux de jour est justement d'outiller la personne pour surmonter l'épisode et poursuivre sa démarche de rétablissement.

Par sa structure, l'hôpital de jour du Centre de rétablissement intensif du CHUS se rapproche des autres programmes québécois (Boisvert et Lacomte, 2005; Larivière et coll., 2009; Serero et coll., 2000). Ceci peut s'expliquer par l'essaimage exponentiel

de ces programmes dans la province à la fin des années 1990 construits à partir du même cadre de référence. Il y existe des différences significatives selon les états et les juridictions sur les philosophies adoptées et le recours aux autres approches que l'intervention intensive, que ce soit les paradigmes de réhabilitation ou encore de maintien, qui limitent la généralisation externe (Schene, 2010).

La progression positive des cibles cliniques militent donc pour leur positionnement à l'intérieur du continuum de soins en santé mentale, en complément aux autres approches intensives dans la communauté. Par sa mission thérapeutique intensive, utilisant les ingrédients thérapeutiques du groupe et nécessitant la mobilisation du patient à l'extérieur de son lieu de résidence, elle se veut une solution qui demeure encore d'actualité face aux défis liés à l'accessibilité aux soins pour la clientèle aux prises avec des troubles anxio-dépressifs, bien que souvent laissée pour compte dans les analyses (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015). Au Québec, les plus récentes orientations politiques en santé, qu'elles proviennent de l'INESS ou qu'elles soient circonscrites au sein du PASM 2015-2020 (Bélanger et coll., 2016), pointent d'une concentration des ressources vers les services extrahospitaliers de proximité et une culture de soins dite de collaboration entre les différents professionnels. Bien que ces efforts soient à juste titre louables, les flux budgétaires en résultant engendrent une rationalisation des enveloppes hospitalières et ainsi une plus grande précarité des hôpitaux de jour, comme en font foi certaines fermetures récentes, par exemple à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Il demeure plus que jamais pertinent de faire entendre leur pertinence aux décideurs, dans l'optique que la personne puisse recevoir les services appropriés au bon moment.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION

En résumé, cette étude a permis de répondre à certains objectifs avancés lors de la collaboration entre l'équipe de recherche et l'équipe soignante, des contraintes de recrutement et de rétention nous amenant à devoir délaissier la composante psychotique de cet hôpital de jour. Le séjour au programme pour les troubles affectifs et anxieux, combinant la thérapie de groupe et individuelle, des interventions interdisciplinaires et des approches complémentaires est associé à l'amélioration sur l'ensemble des variables caractérisant le profil des patients y participant, ainsi que sur la perception du rétablissement, avec une satisfaction élevée. Le soutien social apparaît comme un ingrédient thérapeutique clé, spécialement dans le sous-groupe des personnes célibataires. Aucune des variables étudiées ne permet de prédire une évolution distincte à l'hôpital de jour, suggérant que la philosophie d'admission est adéquate.

Le caractère pré-expérimental du devis ne permettant pas d'inférer que le programme en est bel et bien la cause, ni du rôle individuel des différentes modalités des interventions réalisées, explorer plus profondément ces enjeux pourraient constituer des avenues de recherche pertinentes. La littérature s'est longuement attardée sur l'efficacité des hôpitaux de jour en comparaison avec les unités hospitalières, étalon or de la conduite en soins psychiatriques aigus, ou encore dans une moindre mesure avec les cliniques externes de psychiatrie. Deux autres philosophies de soins peuvent judicieusement être imaginées comme contrôles qui siéent bien dans l'état actuel des soins de santé au Québec, soit les approches susmentionnées de soins dans la communauté (regroupant les SBNI, SIV, et SIM) ou encore les programmes de psychothérapie avec protocoles standardisés pour les troubles dépressifs et anxieux.

Ce projet a permis de jeter les bases de perspectives potentiellement d'intérêt majeur, localement sur la façon d'impliquer les familles dans ce programme d'hôpital de jour et de façon plus générale dans les programmes de thérapie de courte durée pour ce

type de population. Pour l'avancement plus global des connaissances, mieux définir pour mieux comprendre le profil des patients avec des troubles anxio-dépressifs ne se rendant pas au terme du programme.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada, & Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. (2015). *Rapport du système Canadien de surveillance des maladies chroniques les maladies mentales au Canada, 2015*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP35-56-2015-fra.pdf
- Alkin, M. C. (Éd.). (2004). *Evaluation roots: tracing theorists' views and influences*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. F. (2000). Clinical Care Update: The Chronically Mentally Ill. Case Management—More Than a Response to a Dysfunctional System. *Community Mental Health Journal*, 36(1), 97-106.
- Appelbaum, P. S., Roth, L. H., & Lidz, C. (1982). The therapeutic misconception: informed consent in psychiatric research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5(3-4), 319-329.
- Bados, A., Gómez-Benito, J., & Balaguer, G. (2010). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version: Does It Really Measure Anxiety? *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 560-567.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II: manual* (Second edition). San Antonio, TX: Pearson, PsychCorp.
- Bélanger, S., Delorme, A., Lepage, J., Duhamel, M., Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, & Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2016). *Faire ensemble et autrement: plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/248147>
- Berk, L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., Dodd, S., & Berk, M. (2011). Development of guidelines for caregivers of people with bipolar disorder: a Delphi expert consensus study: Caregiver guidelines. *Bipolar Disorders*, 13(5-6), 556-570.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., & Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67.

- Boily, M., & Bourque, Sonia. (2011). Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social. OTSTCFQ.
- Boisvert, D., & Lacomte, Y. (2005). *Hôpital de jour: une nouvelle chance: Hôpital de jour du Centre hospitalier Pierre Janet*. Gatineau, Québec: Santé mentale au Québec.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Brousselle, A. (Éd.). (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes* (2e édition). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cameron, D. E. (1967). The origin and growth of the day hospital. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12(3), 287-291.
- Casarino, J. P., Wilner, M., & Maxey, J. T. (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 1(1), 5-21.
- Cazale, L., Tremblay, M.-È., Poirier, L.-R., Flores, J., & Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. regard sur l'expérience vécue par les Québécois Volume 3, Volume 3*. Québec (Québec): Institut de la statistique du Québec. Consulté à l'adresse <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2279634>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2006). De l'ombre à la lumière — La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Comf/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm>
- Corbière, M., Lesage, A., Lauzon, S., Ricard, N., & Reinharz, D. (2003). [French validation of the Verona Service Satisfaction Scale-VSSS-54F]. *L'Encephale*, 29(2), 110-118.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., ... Houle, J. (2016). Profiles of Recovery from Mood and Anxiety Disorders: A Person-Centered Exploration of People's Engagement in Self-Management. *Frontiers in Psychology*, 7.
- Creed, F., Black, D., & Anthony, P. (1989). Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 154, 300-310.

- Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., & Tomenson, B. (1990). Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 300(6731), 1033-1037.
- Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B., & Holme, S. (1997). Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *BMJ*, 314(7091), 1381-1381.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Delorme, A. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Quebec: Santé et Services sociaux Québec. Consulté à l'adresse <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3241891>
- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., ... Sondheimer, D. (2001). Evidence-Based Practices for Services to Families of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 52(7), 903-910.
- Drake, R. E., Szmukler, G., Mueser, K. T., & Thornicroft, G. (2010). Chapter 1 Introduction to community mental health care. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.
- Dunn, L. B. (2006). Capacity to consent to research in schizophrenia: the expanding evidence base. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(4), 431-445.
- Falloon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2(1), 20-28.
- Fansi, A., Jehanno, C., & Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet 2, Volet 2*. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/247403>
- Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., ... Maj, M. (2015). Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 291-299.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Fougeyrollas, P., & Réseau international sur le processus de production du handicap. (1998). *Classification québécoise--processus de production du handicap*. Lac St-Charles, Québec: RIPPH/SCCIDIH.

- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 25(4), 559-578.
- Gelder, M. G. (Éd.). (2009). *New Oxford textbook of psychiatry* (2nd ed). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Glick, I. (1986). A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1551-1556.
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... Grant, B. F. (2013). DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.
- Henken, T., Huibers, M. J. H., Churchill, R., Restifo, K. K., & Roelofs, J. J. (2007). Family therapy for depression. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L., Gaccione, P., & Frank, R. G. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *The American Journal of Psychiatry*, 158(5), 676-685.
- Howes, J. L., Haworth, H., Reynolds, P., & Kavanaugh, M. (1997). Outcome evaluation of a short-term mental health day treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 42(5), 502-508.
- Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of Female Patients with Borderline Personality Disorder Who Dropped out of Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(1), 67-92.
- Justo, L., Soares, B. G. de O., & Calil, H. (2007). Family interventions for bipolar disorder. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kallert, T. W., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., ... Schützwohl, M. (2007). Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 278-287.

- Killaspy, H., & Rosen, A. (2010). Chapter 15 Case management and assertive community treatment. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.
- Lançon, C., Auquier, P., Llorca, P. M., Martinez, J. L., Bougerol, T., & Scotto, J. C. (1997). [Psychometric properties of PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) in the French version in a sample of schizophrenic patients]. *L'Encephale*, 23(1), 1-9.
- Larivière, N. (2010). *Évaluation des impacts cliniques, fonctionnels et économiques d'un hôpital de jour psychiatrique pour personnes adultes et âgées avec divers troubles mentaux*. Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada, Ottawa.
- Larivière, N., & Boyer, R. (2011). Revisiter l'expérience en hôpital de jour six mois après le congé : parcours et perceptions des personnes utilisatrices. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 75.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Who benefits the most from psychiatric day hospitals? A comparison of three clinical groups. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(2), 93-102.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2011). Multifaceted impact evaluation of a day hospital compared to hospitalization on symptoms, social participation, service satisfaction and costs associated to service use. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(3), 228-240.
- Larivière, N., Melançon, L., Fortier, L., David, P., Cournoyer, J., Baril, M.-C., & Bisson, J. (2009). A Qualitative Analysis of Clients' Evaluation of a Psychiatric Day Hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 165-179.
- Latimer, E. A. (1999). Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(5), 443-454.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (Éd.). (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Lenz, A. S., Hall, J., & Bailey Smith, L. (2016). Meta-Analysis of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Decreasing Symptoms of Acute Depression. *The Journal for Specialists in Group Work*, 41(1), 44-70.
- Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). [Factorial structure and internal consistency of the French version of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale in a group of 183 healthy probands]. *L'Encephale*, 21(2), 117-122.
- Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416-428.

- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Martin, C. S., Steinley, D. L., Vergés, A., & Sher, K. J. (2011). Letter to the Editor: The proposed 2/11 symptom algorithm for DSM-5 substance-use disorders is too lenient. *Psychological Medicine*, 41(09), 2008-2010.
- Maxwell, S. E. (2000). Sample size and multiple regression analysis. *Psychological Methods*, 5(4), 434-458.
- Mazza, M., Barbarino, E., Capitani, S., Sarchiapone, M., & De Risio, S. (2004). Day hospital treatment for mood disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 55(4), 436-438.
- Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., ... Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 275-286.
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Uebelacker, L. A., Johnson, S. L., & Solomon, D. A. (2008). Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 732-740.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des services à la population. Consulté à l'adresse <http://www4.bnquebec.ca/pgq/2003/2652750.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Services sociaux généraux: offre de service*.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale*, XV, 335-341.
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Dans The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults. NICE guideline (CG90). Leicester and London (UK): British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Neffinger, G. G. (1981). Partial hospitalization: an overview. *Journal of Community Psychology*, 9(3), 262-269.
- Noreau, L., & Fougereyrollas, E. (1996). L'Évaluation des situations de handicap: La « Mesure des habitudes de vie » appliquée aux personnes ayant une lésion de la moelle épinière. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(2), 81-98.

- Noyce, G. (2016). Crisis Intervention for People with Severe Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 881-882.
- Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2012). A naturalistic study of alexithymia among psychiatric outpatients treated in an integrated group therapy program: Changes in alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 278-291.
- Paquet, L. (2013). Les troubles de l'humeur en hôpital de jour: identification des facteurs thérapeutiques perçus comme efficaces par les patients.
- Patel, M. X., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(3), 229-238.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4th ed). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2012). *Essentials of utilization-focused evaluation*. Los Angeles, Calif: SAGE.
- Priebe, S., Barnicot, K., McCabe, R., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., ... Kallert, T. (2011). Patients' subjective initial response and the outcome of inpatient and day hospital treatment. *European Psychiatry*, 26(7), 408-413.
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M., & Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional inpatient care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 243-249.
- Priebe, S., McCabe, R., Schützwohl, M., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., ... Kallert, T. W. (2011). Patient Characteristics Predicting Better Treatment Outcomes in Day Hospitals Compared With Inpatient Wards. *Psychiatric Services*, 62(3).
- Provencher, H., & Gagné, C. (2008). Traduction canadienne-française du questionnaire « Recovery Assesment Scale » (Corrigan et al., 1999).
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35.
- Provencher, H. L. (2007). Le paradigme du rétablissement: 1. Une expérience globale de santé. *Le Partenaire*, 15(1), 4-12.
- Ramírez, R., & Brodhead, D. (2013). *Utilization focused evaluation a primer for evaluators*. Penang: Southbound.
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47-57.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (Éd.). (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (Nouvelle édition revue et augmentée). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Ruest, M., Lacroix, M.-P., Trudeau, M.-H., Blouin, A., & Larivière, N. (2016). The LIFE-H to Assess Social Participation of Mental Health Service Users. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 3(1), 15-20.
- Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., Agostini, C., & Bisoffi, G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(6), 265-276.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'Agnola, R., van Wijngaarden, B., Knudsen, H. C., Leese, M., ... Tansella, M. (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale--European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (39), s41-48.
- Russell, V., Mai, F., Busby, K., Attwood, D., Davis, M., & Brown, M. (1996). Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 41(10), 629-637.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (Éd.). (2009). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 12 Suppl 1, 33-41.
- Santé publique Ottawa, Association canadienne pour la santé mentale, Association canadienne de santé publique, Mental Illness Caregivers Association, & Service aux familles des militaires. (2016). Guide des proches aidants en santé mentale: Un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale. Ottawa, ON: Santé publique Ottawa.
- Schene, A. H. (2010). Chapter 17 Day hospital and partial hospitalization programmes. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199565498.003.0088>
- Serero, M., Gagnon, J., & Association des hôpitaux du Québec. (2000). *Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec*. Montréal: Association des hôpitaux du Québec.
- Slade, M., & Davidson, L. (2010). Chapter 4 Recovery as an integrative paradigm in mental health. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser, & R. E. Drake (Éd.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.
- Sledge, W. H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Lyons, L., & Druss, B. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: Clinical outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1065-1073.

- Stroup, S., Appelbaum, P., Swartz, M., Patel, M., Davis, S., Jeste, D., ... Lieberman, J. (2005). Decision-making capacity for research participation among individuals in the CATIE schizophrenia trial. *Schizophrenia Research*, 80(1), 1-8.
- Szymczyńska, P., Walsh, S., Greenberg, L., & Priebe, S. (2017). Attrition in trials evaluating complex interventions for schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 90, 67-77.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Alexithymia and the five-factor model of personality. Dans T. A. Widiger & P. T. Costa (Éd.), *Personality disorders and the five-factor model of personality (3rd ed.)*. (p. 193-207). Washington: American Psychological Association.
- Thornicroft, G. (Éd.). (2011). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis: Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260.
- Williams, J. M. G. (Éd.). (2007). *The mindful way through depression: freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- Woodall, A., Morgan, C., Sloan, C., & Howard, L. (2010). Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age related barriers? *BMC Psychiatry*, 10(1).
- Yanos, P. T., Vreeland, B., Minsky, S., Fuller, R. B., & Roe, D. (2009). Partial hospitalization: compatible with evidence-based and recovery-oriented treatment? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(2), 41-47.
- Yao, S. N., Note, I., Fanget, F., Albuissou, E., Bouvard, M., Jalenques, I., & Cottraux, J. (1999). [Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version]. *L'Encephale*, 25(5), 429-435.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiss, H., Scheidt, C. E., Völker, A., Helesic, A., ... Hartmann, A. (2016). Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic study on inpatient and day hospital treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 197, 205-214.

ANNEXE A. Formulaire de consentement, volet troubles psychotiques



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROC
Hôpital Fleurimont, 3001, 12^e Avenue Nord, Fleurimont (Québec) J1H
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G
Téléphone : (819) 346-1

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

PARTICIPANTS VOLET TROUBLES PSYCHOTIQUES

Titre du projet:	Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?
Numéro du projet :	13-201
Chercheur principal:	Nadine Larivière, erg., OT (C), Ph.D, Professeur-adjoint, École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Chercheur, Centre affilié universitaire du CSSS-IUGS/axe développement des capacités des personnes avec des troubles mentaux.
Chercheurs associés:	Pascal Lambert-Comeau, MD, résident (R5), CHUS, département de psychiatrie Muriel Mury, MD, CHUS, département de psychiatrie, chef médical du Centre de rétablissement intensif Gilles Chagnon, MD, CHUS, département de psychiatrie, médecin responsable du volet psychotique du Centre de rétablissement intensif

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec les chercheurs responsables:

Dr Nadine Larivière au 819-820-6868, poste 12919
Dr Pascal Lambert-Comeau au 819-346-1110, poste 26596

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous avez accepté de participer à l'un des hôpitaux de jour offerts par le Centre de rétablissement intensif (CRI) du CHUS. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Les patients qui entreprennent une démarche au Centre de rétablissement intensif bénéficient d'interventions reconnues comme efficaces pour les maladies ou problèmes de santé dont ils peuvent souffrir. Or, l'évolution de chacun peut être différente et il se peut que certaines caractéristiques individuelles puissent y jouer un rôle important. Nous proposons à travers cette étude de vérifier certaines de ces caractéristiques et leur impact sur le rétablissement. Nous voulons aussi connaître vos impressions sur les services que vous y avez reçus.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Nous souhaitons évaluer l'impact de la thérapie offerte au Centre de rétablissement intensif en vous rencontrant à 3 reprises afin de remplir une série de questionnaires permettant d'établir votre profil sur différents thèmes. Les rencontres se font en personne avec un intervieweur qui ne fera pas partie de votre équipe de soignants.

Rencontre #1 : au cours de la première semaine de participation, dans le but d'établir votre profil avant de participer à l'hôpital de jour. Rencontre #2 : au terme de votre thérapie à l'hôpital de jour. Rencontre #3 : environ 6 mois après votre passage à l'hôpital de jour, dans le but d'observer l'évolution (c'est-à-dire amélioration, maintien ou détérioration) après cette période.

Voici la description des questionnaires permettant d'établir votre profil de patient :

1. Un questionnaire dressant votre profil sociodémographique (par exemple, l'âge, le sexe et le lieu de résidence) et votre motivation initiale;
2. Un questionnaire caractérisant votre profil de consommation de substances (indice de sévérité de la dépendance);
3. Un questionnaire évaluant la participation sociale (mesure des habitudes de vie);
4. Un questionnaire évaluant l'expérience vécue de rétablissement (échelle d'évaluation du rétablissement);

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

5. Un questionnaire évaluant les symptômes de psychose (échelle des symptômes positifs et négatifs);
6. Un questionnaire évaluation l'appréciation de vos symptômes (échelle d'insight);
7. Un questionnaire évaluant l'état de satisfaction face aux services reçus (échelle de satisfaction sur les services de Vérone).

Les rencontres se déroulent dans un des locaux de la clinique externe de l'hôpital CHUS Hôtel-Dieu. Le temps estimé pour compléter les questionnaires est évalué à 75 minutes (1 heure et 15 minutes) aux rencontres 1 et 3. Une pause sera proposée au cours de la rencontre. Lors de la deuxième rencontre, environ 45 minutes de plus devront être allouées pour passer le questionnaire sur la satisfaction face aux services reçus.

COLLABORATION DU PARTICIPANT

Il n'y a pas de restriction spécifique demandée avant de répondre aux questionnaires. Il vous sera demandé, s'il survient un changement dans vos coordonnées au cours des 6 mois suivant votre participation à l'hôpital de jour, d'avertir l'un des chercheurs aux coordonnées disponibles à la page 1. Ceci, dans le but de pouvoir vous contacter au troisième temps de la collecte de données, étape tout aussi importante que les deux autres pour la bonne marche du projet.

RISQUES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Il n'y a pas plus de risque à participer à ce projet de recherche que ceux pouvant être attendus à votre participation à l'hôpital de jour pour ce qui est des deux premières rencontres. La teneur des questions à répondre peut être délicate et entraîner chez certains de la gêne, de la fatigue, du stress ou de la frustration.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Le temps consacré aux déplacements et à la réponse aux questionnaires figurent parmi les inconvénients rencontrés. Nous demandons à vous rencontrer une troisième fois environ 6 mois après la fin de votre programme pour compléter une dernière fois les questionnaires et déterminer l'évolution de votre profil de patient, posant un risque supplémentaire faible et correspondant à une visite à l'hôpital.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel immédiat de votre participation à ce projet de recherche durant votre passage à l'hôpital de jour. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances et en faire bénéficier les patients qui vous suivront. Il est donc possible que vous puissiez en profiter si vous utilisez les services offerts au Centre de rétablissement intensif dans le futur.

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

ALTERNATIVE À LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Vous n'êtes pas obligé de participer à ce projet de recherche pour bénéficier des programmes offerts.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants. Si tel est le cas, l'équipe vous demandera de répondre à quelques courtes questions, puisque les caractéristiques des personnes se retirant du programme font partie intégrante de la question de recherche. Toutefois, il vous est possible de refuser de répondre à ces autres questions.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants, ni sur votre équipe clinique.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information médicale déjà obtenue dans le cadre de l'étude sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer la sécurité des patients et rencontrer les exigences réglementaires.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si de nouveaux développements scientifiques surviennent indiquant qu'il est de votre intérêt de cesser votre participation;
- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les résultats des questionnaires remplis durant ce projet. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, date de naissance, sexe et origine ethnique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire.

Les données de recherche seront conservées pendant 5 ans par le chercheur responsable.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS, par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche. Il est toutefois possible de se faire rembourser les frais de stationnement lors de la troisième visite.

DROITS DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur effectue cette étude sans le financement d'un organisme subventionnaire.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au numéro suivant : 819-346-1110, poste 14525.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

☐ OUI ☐ NON

Nom du participant	Signature du participant	Date
(lettres moulées)		

Nom de la personne qui	Signature de la personne qui	Date
obtient le consentement	obtient le consentement	
(lettres moulées)		

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au participant..

Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date
(lettres moulées)		

ANNEXE B. Formulaire de consentement, volet troubles affectifs



CENTRE HÔPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
Hôpital Fleurimont, 3001, 12^e Avenue Nord, Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

PARTICIPANTS VOLET TROUBLES AFFECTIFS

Titre du projet: Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

Numéro du projet : 13-201

Chercheur principal: Nadine Larivière, erg., OT (C), Ph.D, Professeur-adjoint, École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Chercheur, Centre affilié universitaire du CSSS-IUGS/axe développement des capacités des personnes avec des troubles mentaux.

Chercheurs associés: Pascal Lambert-Comeau, MD, résident (R5), CHUS, département de psychiatrie

Muriel Mury, MD, CHUS, département de psychiatrie, chef médical du Centre de rétablissement intensif

Gilles Chagnon, MD, CHUS, département de psychiatrie, médecin responsable du volet psychotique du Centre de rétablissement intensif

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec les chercheurs responsables:

Dr Nadine Larivière au 819-820-6868, poste 12919
Dr Pascal Lambert-Comeau au 819-346-1110, poste 26596

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous avez accepté de participer à l'un des hôpitaux de jour offerts par le Centre de rétablissement intensif (CRI) du CHUS. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Les patients qui entreprennent une démarche au Centre de rétablissement intensif bénéficient d'interventions reconnues comme efficaces pour les maladies ou problèmes de santé dont ils peuvent souffrir. Or, l'évolution de chacun peut être différente et il se peut que certaines caractéristiques individuelles puissent y jouer un rôle important. Nous proposons à travers cette étude de vérifier certaines de ces caractéristiques et leur impact sur le rétablissement. Nous voulons aussi connaître vos impressions sur les services que vous y avez reçus.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Nous souhaitons évaluer l'impact de la thérapie offerte au Centre de rétablissement intensif en vous rencontrant à 3 reprises afin de remplir une série de questionnaires permettant d'établir votre profil sur différents thèmes. Les rencontres se font en personne avec un intervieweur qui ne fera pas partie de votre équipe de soignants.

Rencontre #1 : au cours de la première semaine de participation, dans le but d'établir votre profil avant de participer à l'hôpital de jour. Rencontre #2 : au terme de votre thérapie à l'hôpital de jour. Rencontre #3 : environ 6 mois après votre passage à l'hôpital de jour, dans le but d'observer l'évolution (c'est-à-dire amélioration, maintien ou détérioration) après cette période.

Voici la description des questionnaires permettant d'établir votre profil de patient:

1. Un questionnaire dressant votre profil sociodémographique (par exemple, l'âge, le sexe et le lieu de résidence) et votre motivation initiale;
2. Un questionnaire caractérisant votre profil de consommation de substances (indice de sévérité de la dépendance);
3. Un questionnaire évaluant la participation sociale (mesure des habitudes de vie);

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

4. Un questionnaire évaluant l'expérience vécue de rétablissement (échelle d'évaluation du rétablissement);
5. Un questionnaire évaluant l'état de votre humeur (échelle de dépression de Beck);
6. Des questionnaires évaluant votre anxiété (inventaire de l'anxiété état-trait, l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown, échelle d'anxiété sociale de Liebowitz);
7. Un questionnaire évaluant la pleine conscience (questionnaire de pleine conscience en cinq facettes);
8. Un questionnaire évaluant la capacité de reconnaître les émotions (échelle d'alexithymie de Toronto).
9. Un questionnaire évaluant l'état de satisfaction face aux services reçus (échelle de satisfaction sur les services de Vérone).

Les rencontres se déroulent dans un des locaux de la clinique externe de l'hôpital CHUS Hôtel-Dieu. Le temps estimé pour compléter les questionnaires est évalué à 150 minutes (2 heures et demie) aux rencontres 1 et 3. Une pause sera proposée au cours de la rencontre. Lors de la deuxième rencontre, 45 minutes de plus devront être allouées pour passer le questionnaire sur la satisfaction face aux services reçus.

COLLABORATION DU PARTICIPANT

Il n'y a pas de restriction spécifique demandée avant de répondre aux questionnaires. Il vous sera demandé, s'il survient un changement dans vos coordonnées au cours des 6 mois suivant votre participation à l'hôpital de jour, d'avertir l'un des chercheurs aux coordonnées disponibles à la page 1. Ceci, dans le but de pouvoir vous contacter au troisième temps de la collecte de données, étape tout aussi importante que les deux autres pour la bonne marche du projet.

RISQUES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Il n'y a pas plus de risque à participer à ce projet de recherche que ceux pouvant être attendus à votre participation à l'hôpital de jour pour ce qui est des deux premières rencontres. Nous demandons à vous rencontrer une troisième fois environ 6 mois après la fin de votre programme pour compléter une dernière fois les questionnaires et déterminer l'évolution de votre profil de patient, posant un risque supplémentaire faible et correspondant à une visite à l'hôpital.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Le temps consacré aux déplacements et à la réponse aux questionnaires figurent parmi les inconvénients rencontrés. La teneur des questions à répondre peut être délicate et entraîner chez certains de la gêne, de la fatigue, du stress ou de la frustration.

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel immédiat de votre participation à ce projet de recherche durant votre passage à l'hôpital de jour. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances et en faire bénéficier les patients qui vous suivront. Il est donc possible que vous puissiez en profiter si vous utilisez les services offerts au Centre de rétablissement intensif dans le futur.

ALTERNATIVE À LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Vous n'êtes pas obligé de participer à ce projet de recherche pour bénéficier des programmes offerts.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants. Si tel est le cas, l'équipe vous demandera de répondre à quelques courtes questions, puisque les caractéristiques des personnes se retirant du programme font partie intégrante de la question de recherche. Toutefois, il vous est possible de refuser de répondre à ces autres questions.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants, ni sur votre équipe clinique.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information médicale déjà obtenue dans le cadre de l'étude sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer la sécurité des patients et rencontrer les exigences réglementaires.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si de nouveaux développements scientifiques survenaient indiquant qu'il est de votre intérêt de cesser votre participation;
- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les résultats des questionnaires remplis durant ce projet. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, date de naissance, sexe et origine ethnique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire.

Les données de recherche seront conservées pendant 5 ans par le chercheur responsable.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS, par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche. Il est toutefois possible de se faire rembourser les frais de stationnement lors de la troisième visite.

DROITS DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur effectue cette étude sans le financement d'un organisme subventionnaire.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au numéro suivant : 819-346-1110, poste 14525.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Quel est le profil des patients qui profitent davantage des services du Centre de rétablissement intensif du CHUS ?

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

☐ OUI ☐ NON

Nom du participant (lettres moulées)	Signature du participant	Date
---	--------------------------	------

Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
--	---	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au participant..

Nom du chercheur (lettres moulées)	Signature du chercheur	Date
---------------------------------------	------------------------	------

ANNEXE C. Grille sociodémographique

PROJET HDJ CHUS GRILLE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

No du Participant : _____

Date: _____

Sexe: _____

Age: _____

Origine ethnique :

- ☐ Premières nations, Métis, Inuit
- ☐ Asiatique
- ☐ Caucasienne (race blanche)
- ☐ Européenne
- ☐ Latino, Hispanique
- ☐ Africaine
- ☐ Arabe
- ☐ Autre – Précisez : _____

État civil :

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e) ou en union libre
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Séparé(e)
- ☐ Veuf ou veuve

Parent (oui/non) : _____

Si oui, combien avez-vous d'enfant(s) ? _____

Statut d'emploi (plus d'un choix peuvent s'appliquer):

- ☐ Emploi temps plein
- ☐ Emploi temps partiel
- ☐ Temporairement en congé (sabbatique, congé de maladie)
- ☐ Sans emploi et à la recherche d'un emploi
- ☐ Retraité(e)
- ☐ Étudiant(e)
- ☐ Pas d'emploi à l'extérieur de la maison
- ☐ Bénévole
- ☐ Autre : _____

Plus haut niveau de scolarité terminé :

- ☐ Primaire (1 à 7 ans)
- ☐ Secondaires (8 à 12 ans)
- ☐ DEP, Certificat ou diplôme d'un collège, cégep ou autre établissement non universitaire
- ☐ Certificat universitaire

- ☐ Diplôme universitaire de 1^{er} cycle (Baccalauréat)
- ☐ Diplôme universitaire de 2^e cycle (Maîtrise)
- ☐ Diplôme universitaire de 3^e cycle (Doctorat)

Milieu de vie (plus d'un choix peut s'appliquer) :

- ☐ Appartement/maison seul
- ☐ Appartement/maison avec famille, conjoint ou co-locataire
- ☐ Appartement supervisé
- ☐ Famille accueil
- ☐ Foyer groupe
- ☐ Bénéficie du suivi intensif
- ☐ Sous curatelle
- ☐ Autre : _____

Diagnostic (s) psychiatrique(s) actuel (s) :

Diagnostic médicaux actuels:

Consommation de substances (alcool/drogues) (oui/non): _____
(si oui, compléter le ASI)

Intérêt à participer au suivi HDJ :

Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre degré d'intérêt à venir à l'HDJ ?

1	2	3	4	5
Je ne suis pas vraiment intéressé.	Je suis peu intéressé.	Je suis moyennement intéressé.	Je suis intéressé.	Je suis très intéressé.

Motivation à participer au suivi HDJ :

Question à poser: Parlez-nous de votre motivation à venir à l'hôpital de jour:

1. Est-ce que vous venez de propre gré ?

(motivation intrinsèque) : je viens de mon propre gré (oui/non):

2. Est-ce que vous venez car c'est votre médecin ou votre famille qui vous dit de venir ?

(motivation extrinsèque) : c'est mon médecin ou ma famille qui me dit de venir à l'HDJ (oui/non):

3. Est-ce que c'est un peu des deux ?

Les deux (oui/non): _____

ANNEXE D. Échelle des symptômes positifs et négatifs

NOM:

PRENOM:

SEXE: ☐ AGE: DATE:

EXAMINATEUR:

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Absence
Minime
Légère
Moyenne
Mod. Sévère
Sévère
Extrême

Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1	2	3	4	5	6	7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1	2	3	4	5	6	7
P 3	Activité hallucinatoire.	1	2	3	4	5	6	7
P 4	Excitation.	1	2	3	4	5	6	7
P 5	Idées de grandeur.	1	2	3	4	5	6	7
P 6	Méfiance/Persécution.	1	2	3	4	5	6	7
P 7	Hostilité.	1	2	3	4	5	6	7

Echelle négative

N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
N 2	Retrait affectif.	1	2	3	4	5	6	7
N 3	Mauvais contact.	1	2	3	4	5	6	7
N 4	Repli social passif/apathique.	1	2	3	4	5	6	7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1	2	3	4	5	6	7

N 6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
N 7	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4	Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
G 8	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
G 13	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
G 15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
G 16	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE E. Mesure des habitudes de vie

Questionnaire court

Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)

Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:

A. de quelle façon la personne les réalise habituellement:

B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

Note: Pour chacun des 16 items de l'instrument, votre réponse doit refléter une appréciation globale de la réalisation des activités ou rôles qui s'appliquent à votre contexte de vie.

[illegible]

**Répondez aux deux questions suivantes
(cochez les cases appropriées)**

Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez :

- A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.

2 Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Note: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1					Question 2									
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)									
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
Réaliser des activités reliées à votre formation (scolaire, professionnelle...)															13
Réaliser des activités reliées à un emploi (recherche, exécution de tâche...)															14
Note: Si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez «non réalisée»															
Réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée (bénévolat)															15
Réaliser des activités de loisirs (art, sports, passe-temps, sorties...)															16

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE F. Échelle d'insight de Birchwood

IS – (échelle d'insight actuel)

Lisez, s'il vous plaît les énoncés suivants attentivement et cochez ensuite la case qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Pas d'accord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination			
2. Je me sens psychologiquement bien			
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire			
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux			
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison			
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie			

Birchwood et al. 1994, Insight Scale for Psychosis – auteurs ,
traduction Sabrina Linder et Jérôme Favrod – 2006.
(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE G. Échelle d'évaluation du rétablissement

Échelle d'évaluation du rétablissement/ Recovery Assessment Scale (RAS)

No du participant: _____
T3

Temps de mesure: T1 T2

Date: _____

Voici une liste d'énoncés qui décrivent ce que pensent parfois les personnes d'elles-mêmes et de leur vie. Veuillez lire attentivement chacun des énoncés et encerclez le chiffre à droite qui décrit le mieux votre accord ou votre désaccord avec l'énoncé. Encerclez un seul chiffre par énoncé et répondez à chacun des énoncés.

	Entièrement en désaccord	En désaccord	Incertain	D'accord	Entièrement d'accord
Je désire réussir.	1	2	3	4	5
Je sais quoi faire pour comment demeurer ou aller mieux.	1	2	3	4	5
J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre	1	2	3	4	5
Je crois que je pourrai bientôt rencontrer les buts que je me suis fixés.	1	2	3	4	5
J'ai un but dans la vie.	1	2	3	4	5
Même quand je ne prends pas soin de moi-même, d'autres personnes le font.	1	2	3	4	5
Je comprends comment contrôler les symptômes de ma maladie mentale.	1	2	3	4	5
Si je suis malade de nouveau, je suis capable de gérer cela.	1	2	3	4	5
Je peux identifier ce qui déclenche les symptômes de ma maladie	1	2	3	4	5

Voici une liste d'énoncés qui décrivent ce que pensent parfois les personnes d'elles-mêmes et de leur vie. Veuillez lire attentivement chacun des énoncés et encerclez le chiffre à droite qui décrit le mieux votre accord ou votre désaccord avec l'énoncé. Encerclez un seul chiffre par énoncé et répondez à chacun des énoncés.

	Entièrement en désaccord	En désaccord	Incertain	D'accord	Entièrement d'accord
mentale.					
Je peux m'aider à aller encore mieux.	1	2	3	4	5
La peur ne m'empêche pas de vivre de la manière dont je le veux.	1	2	3	4	5
Je sais qu'il y a des services de santé mentale qui m'aident vraiment.	1	2	3	4	5
Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à faire face à des symptômes désagréables.	1	2	3	4	5
Je peux gérer ce qui arrive dans ma vie.	1	2	3	4	5
J'aime qui je suis.	1	2	3	4	5
Si les gens me connaissaient vraiment, ils m'aimeraient.	1	2	3	4	5
Je suis une meilleure personne que celle que j'étais avant de vivre avec la maladie mentale.	1	2	3	4	5
Même si mes symptômes peuvent s'aggraver, je sais que je peux les gérer	1	2	3	4	5
Si je continue à essayer, je continuerai à m'améliorer.	1	2	3	4	5
J'ai une idée de qui je veux devenir.	1	2	3	4	5
Les choses arrivent pour une raison.	1	2	3	4	5
Quelque chose de bien va arriver à un moment donné.	1	2	3	4	5
Je suis le principal responsable de l'amélioration de ma situation.	1	2	3	4	5
J'ai un bon espoir par rapport à l'avenir	1	2	3	4	5
Je continue à avoir de nouveaux intérêts.	1	2	3	4	5
Il est important de s'amuser.	1	2	3	4	5

Voici une liste d'énoncés qui décrivent ce que pensent parfois les personnes d'elles-mêmes et de leur vie.
Veuillez lire attentivement chacun des énoncés et encerclez le chiffre à droite qui décrit le mieux votre accord ou votre désaccord avec l'énoncé. Encerclez un seul chiffre par énoncé et répondez à chacun des énoncés.

	Entièrement en désaccord	En désaccord	Incertain	D'accord	Entièrement d'accord
Faire face à la maladie mentale n'est plus au cœur de ma vie.	1	2	3	4	5
Mes symptômes dérangent de moins en moins ma vie.	1	2	3	4	5
À chaque fois que mes symptômes réapparaissent, ils me causent des problèmes pour des périodes qui sont de plus en plus courtes.	1	2	3	4	5
Je sais quand demander de l'aide.	1	2	3	4	5
Je suis prêt à demander de l'aide.	1	2	3	4	5
Je demande de l'aide quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5
Être capable de travailler est important pour moi.	1	2	3	4	5
Je sais ce qui m'aide à aller mieux.	1	2	3	4	5
Je peux apprendre de mes erreurs.	1	2	3	4	5
Je peux gérer le stress.	1	2	3	4	5
J'ai des gens sur qui je peux compter.	1	2	3	4	5
Je peux identifier les signes avant-coureurs de ma maladie.	1	2	3	4	5
Même lorsque je ne crois pas en moi, d'autres le font	1	2	3	4	5
Il est important d'avoir une variété d'amis.	1	2	3	4	5
Il est important d'avoir de saines habitudes de vie.	1	2	3	4	5

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE H. Verona Service Satisfaction Scale – version européenne

3957280149

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

Numéro de dossier du patient

--	--	--	--	--	--

Date

				-			-		
Année					Mois			Jour	

Veillez lire attentivement chaque phrase avant de choisir la réponse qui décrit le mieux votre expérience auprès des services de santé mentale au cours de la dernière année. Si un énoncé ne s'applique pas à votre situation n'y répondez pas.

Quelle est votre impression générale par rapport

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
1. à l'efficacité des services à vous aider à faire face à vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. au comportement et aux manières des réceptionnistes au téléphone et en personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3a. à la compétence et au professionnalisme des psychiatres qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3b. à la compétence et au professionnalisme des psychologues qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. à l'apparence, à l'aménagement et au confort des lieux (la salle d'attente, la clinique externe par ex.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5a. à la capacité des psychiatres de vous écouter et de comprendre vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. à la capacité des psychologues de vous écouter et de comprendre vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6a. au comportement et aux manières des psychiatres qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. au comportement et aux manières des psychologues qui vous ont traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. au respect des rendez-vous fixés et au temps qu'il vous a fallu attendre lorsque vous vous y êtes présenté(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. au coût à vos dépens et aux services offerts (par exemple, les frais pharmaceutiques, les frais d'usager, les analyses de laboratoire, excepté les frais couverts par l'état)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. à l'efficacité des soins donnés par les services afin de vous aider à recouvrer le bien-être et à prévenir la maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. à la confidentialité et au respect de vos droits en tant qu'individu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. à la quantité d'aide reçue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. aux explications qu'on vous a fournies à propos des méthodes de traitement et des techniques particulières utilisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4618280144

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GÉNÉRALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
13. à l'efficacité des soins donnés par les services dans le but d'alléger vos symptômes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. à la disponibilité des services à répondre aux urgences survenues pendant la journée (hormis les jours fériés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. à la disponibilité des services à répondre aux urgences survenues pendant la nuit et les jours fériés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16a. à l'attention et à la minutie des psychiatres vous ayant traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16b. à l'attention et à la minutie des psychologues vous ayant traité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. à la pertinence de vous faire suivre par votre médecin de famille ou par d'autres médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. à la collaboration parmi les intervenants des services (si vous avez eu à faire à plus d'un intervenant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. à la publicité portant sur les programmes et services offerts par les services de santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. aux types de services offerts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. aux soins que vous avez reçus dans l'ensemble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22a. à la compétence et au professionnalisme des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22b. à la compétence et au professionnalisme des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22c. à la compétence et au professionnalisme des ergothérapeutes qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. aux conseils donnés à vos proches par les psychiatres ou les psychologues traitants sur comment ils peuvent vous aider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. à l'efficacité des services à vous aider à mieux comprendre vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25a. au comportement et aux manières des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25b. au comportement et aux manières des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25c. au comportement et aux manières des ergothérapeutes qui se sont occupé(e)s de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. à l'efficacité des services à améliorer vos rapports avec vos proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. à l'efficacité des services à aider vos proches à avoir une meilleure compréhension de vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

0794280145

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GÉNÉRALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
28. à la connaissance que les intervenant(e)s (infirmière, travailleur social, ergothérapeute, conseiller, préposé, etc.) avaient de vos troubles passés et présents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. aux renseignements qu'on vous a fournis à propos de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30a. à la capacité des psychiatres traitants d'écouter et de comprendre les préoccupations et les idées de vos proches à votre égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30b. à la capacité des psychologues traitants d'écouter et de comprendre les préoccupations et les idées de vos proches à votre égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer vos rapports avec les gens hors du cadre familial (par exemple, vos rapports avec vos amis, vos voisins ou vos collègues de travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. au fait que vos proches soient mis au courant de votre diagnostic et de l'évolution possible de vos troubles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. à la clarté et à la précision des recommandations à suivre entre deux visites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer votre capacité à prendre soin de vous-même (par exemple, votre hygiène personnelle, votre alimentation, votre logement, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35a. à l'attention et à la minutie des infirmières qui se sont occupé(e)s de vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35b. à l'attention et à la minutie des travailleurs sociaux qui se sont occupé(e)s de vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35c. à l'attention et à la minutie des ergothérapeutes qui se sont occupé(e)s de vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. à l'efficacité des services à aider vos proches à améliorer leur capacité à faire face à vos problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37a. à la capacité des infirmières de vous écouter et de comprendre vos problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37b. à la capacité des travailleurs sociaux de vous écouter et de comprendre vos problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37c. à la capacité des ergothérapeutes de vous écouter et de comprendre vos problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. à l'efficacité des services à vous aider à améliorer vos capacités dans le domaine du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4152280147

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

QUELLE EST VOTRE IMPRESSION GÉNÉRALE PAR RAPPORT

	très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
39. à l'aide reçue lorsque, suite à votre médication, vous avez souffert d'effets secondaires ou indésirables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. à la continuité avec laquelle ces mêmes intervenants ont effectué votre suivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Vous a-t-on prescrit des médicaments au cours de la dernière année?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression générale à propos des médicaments qui vous ont été prescrits?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu que l'on vous prescrive des médicaments?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Au cours de la dernière année, les intervenants des services vous ont-ils aidé(e) à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail (comme par exemple, utiliser les services publics, participer aux tâches ménagères, se comporter de façon adéquate avec vos proches et avec les autres)?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression générale par rapport à l'aide que l'on vous a fournie, de façon individuelle, à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON :

Croyez-vous que vous auriez eu besoin d'être aidé(e) par les intervenants des services, de façon individuelle, à apprendre ou à améliorer des comportements et des capacités utiles à votre vie sociale et votre travail?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des rencontres psychothérapeutiques individuelles (c'est-à-dire, avez-vous rencontré votre thérapeute dans le but d'arriver à une meilleure compréhension de vos problèmes, ou bien à un changement dans votre comportement)?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de la psychothérapie individuelle que vous avez suivie?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie individuelle?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) de force (c'est-à-dire, sans votre consentement)?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'hospitalisation forcée à laquelle vous avez été soumis(e)?

très mauvaise	plutôt insatisfaisante	mixte	plutôt satisfaisante	excellente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être hospitalisé(e) de force?

NON	Je ne sais pas	OUI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6532280141

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

45. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des rencontres familiales (c'est-à-dire, des rencontres entre le patient, ses proches et un ou plusieurs thérapeutes, dans le but d'améliorer ou de changer les rapports entre les membres de la famille) ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des rencontres psychothérapeutiques familiales que vous avez suivies ?

très mauvaise ☐ plutôt insatisfaisante ☐ mixte ☐ plutôt satisfaisante ☐ excellente ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie familiale ?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

46. Au cours de la dernière année, avez-vous été placé(e) dans un milieu résidentiel supervisé pour personnes atteintes de troubles psychiatriques (c'est-à-dire, appartement supervisé, famille d'accueil, pavillon, foyer de groupe, maison de transition) ?

☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des soins reçus dans votre milieu résidentiel supervisé ?

très mauvaise ☐ plutôt insatisfaisante ☐ mixte ☐ plutôt satisfaisante ☐ excellente ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être placé(e) dans un milieu résidentiel supervisé ?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

47. Au cours de la dernière année, avez-vous participé à des activités récréatives organisées par les services de santé mentale ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble des activités récréatives auxquelles vous avez participé ?

très mauvaise ☐ plutôt insatisfaisante ☐ mixte ☐ plutôt satisfaisante ☐ excellente ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu participer à des activités récréatives organisées par les services de santé mentale ?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

48. Au cours de la dernière année, avez-vous suivi une psychothérapie de groupe (c'est-à-dire, des rencontres entre plusieurs patients et un ou plusieurs thérapeutes, dans le but de permettre aux patients de parvenir à une meilleure compréhension de leurs problèmes, ou bien à un changement dans leur comportement) ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de la psychothérapie de groupe que vous avez suivie ?

très mauvaise ☐ plutôt insatisfaisante ☐ mixte ☐ plutôt satisfaisante ☐ excellente ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu suivre une psychothérapie de groupe ?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

49. Au cours de la dernière année, avez-vous été placé(e) dans un atelier protégé (c'est-à-dire, dans un cadre de travail qui tient compte de vos problèmes, afin de faciliter votre réinsertion à la vie active) ?

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'atelier protégé dans lequel vous avez été placé(e) par les services de santé mentale ?

très mauvaise ☐ plutôt insatisfaisante ☐ mixte ☐ plutôt satisfaisante ☐ excellente ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être placé(e) dans un atelier protégé ?

NON ☐ Je ne sais pas ☐ OUI ☐

2772280143

Verona Service Satisfaction Scale - Version EU - Client - 2005

50. Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) de plein gré suite à une crise?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'hospitalisation volontaire dont vous avez été l'objet de votre plein gré?

très plutôt mixte plutôt excellente
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu être hospitalisé(e) de plein gré?

NON Je ne sais pas OUI

☐ ☐ ☐

51. Au cours de la dernière année, avez-vous bénéficié d'aide ménagère à domicile (quelqu'un pour vous tenir compagnie ou pour vous aider dans vos tâches ménagères, etc.)?

☐ ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide ménagère à domicile dont vous avez bénéficié?

très plutôt mixte plutôt excellente
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu bénéficier d'aide ménagère à domicile?

NON Je ne sais pas OUI

☐ ☐ ☐

52. Au cours de la dernière année, le personnel des services vous a-t-il aidé(e) à obtenir des allocations de bien-être social ou une pension quelconque?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide reçue en vue d'obtenir des allocations de bien-être social ou une pension?

très plutôt mixte plutôt excellente
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu recevoir de l'aide afin d'obtenir des allocations de bien-être social ou une pension?

NON Je ne sais pas OUI

☐ ☐ ☐

53. Au cours de la dernière année, le personnel des services vous a-t-il aidé(e) à trouver un emploi normal (dans un cadre non-protégé où l'on ne tient pas compte de vos problèmes)?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide que vous avez reçue à trouver un emploi?

très plutôt mixte plutôt excellente
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu que l'on vous aide à trouver un emploi?

NON Je ne sais pas OUI

☐ ☐ ☐

54. Au cours de la dernière année, le personnel du centre vous a-t-il aidé(e) à vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur?

Oui ☐ Non ☐Si vous avez répondu OUI :

Quelle est votre impression d'ensemble de l'aide que vous avez reçue en vue de vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur des services de santé mentale?

très plutôt mixte plutôt excellente
mauvaise insatisfaisante satisfaisante

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu NON :

Auriez-vous voulu que l'on vous aide à vous intégrer dans des activités récréatives à l'extérieur des services de santé mentale?

NON Je ne sais pas OUI

☐ ☐ ☐

ANNEXE I. Inventaire de dépression de Beck

ECHELLE DE BECK 21

NOM :	Prénom :	Age :	Sexe :
--------------	-----------------	--------------	---------------

Date de l'examen :

Ce questionnaire comprend plusieurs séries de propositions (I, II, III, ...). Dans chaque série, entourez la proposition qui correspond le plus à votre état actuel (ce dernier mois).

I	0	Je ne me sens pas triste
	1	Je me sens cafardeux(se) ou triste
	2a	Je me sens tout le temps cafardeux(se) ou triste et je n'arrive pas à en sortir
	2b	Je suis si triste et si malheureux(se) que je ne peux pas le supporter

II	0	Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir
	1	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
	2a	Pour mon avenir je n'ai aucun motif d'espérer
	2b	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

III	0	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
	1	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
	2a	J'ai l'impression d'avoir accompli très peu de choses valables ou ayant une signification quelconque
	2b	Quant je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
	2	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon conjoint, mes enfants)

IV	0	Je ne me sens pas particulièrement satisfait(e)
	1a	Je m'ennuie la plus part du temps
	1b	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
	2	Je ne tire aucune satisfaction de quoi que ce soit
	3	Je suis mécontent(e) de tout

V	0	Je ne me sens pas coupable
	1	Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps
	2a	Je me sens coupable
	2b	Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps
	4	Je me juge très mauvais(e) et j'ai l'impression que je ne vauds rien

VI	0	Je n'ai pas l'impression de mériter une punition
	1	J'ai l'impression que quelque chose de désagréable va m'arriver
	2	J'ai l'impression d'être puni(e) ou que je vais être puni(e)
	3a	J'ai l'impression que je mérite d'être puni(e)
	3b	Je veux être puni(e)
<hr/>		
VII	0	Je ne suis pas déçu(e) par moi-même
	1a	Je suis déçu(e) par moi-même
	1b	Je ne m'aime pas
	2	Je me dégoûte
	3	Je me hais
<hr/>		
VIII	0	Je n'ai pas l'impression d'être pire que n'importe qui
	1	J'ai un vif sens critique à propos de mes faiblesses ou de mes erreurs
	2a	Je me blâme pour tout ce qui ne va pas
	2b	J'ai le sentiment d'avoir commis beaucoup de fautes graves
<hr/>		
IX	0	Je ne pense jamais à faire du mal
	1	Je pense parfois à me faire du mal mais je le ferais pas
	2a	Je pense que la mort me libérerait
	2b	J'ai des plans précis pour me suicider
	2c	J'ai l'impression que ma famille serait libérée si j'étais mort(e)
	2	Si je le pouvais, je me tuerais
<hr/>		
X	0	Je ne pleure pas plus que d'habitude
	1	Je pleure plus souvent qu'auparavant
	2	Maintenant je pleure plus souvent et je ne peux pas m'arrêter
	3	Il m'arrivait parfois de pleurer, mais maintenant, bien que je le désire, je ne peux plus pleurer
<hr/>		
XI	0	Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois
	1	Je me fâche ou je suis irrité(e) plus facilement qu'autrefois
	2	Je suis toujours irrité(e)
<hr/>		
XII	0	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
	1	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
	2	J'ai perdu presque tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
	3	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement

XIII	0	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
	1	Je suis moins sûr(e) de moi maintenant et j'essaie de ne pas avoir à prendre de décisions
	2	Si l'on ne m'aide pas je ne peux plus prendre de décision
	3	Je suis incapable de prendre la moindre décision
<hr/>		
XIV	0	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid(e) qu'avant
	1	J'ai peur de paraître laid(e) ou disgracieux(se)
	2	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux(se)
	3	J'ai l'impression d'être laid(e) et repoussant(e)
<hr/>		
XV	0	Je travaille aussi facilement qu'auparavant
	1a	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
	1b	Je ne travaille plus aussi bien qu'avant
	2	Il faut que je fasse un très grand effort pour me mettre à faire quelque chose
	3	Je suis incapable de faire le moindre travail
<hr/>		
XVI	0	Je dors aussi bien que de coutume
	1	Le matin, je me réveille plus fatiguée qu'autrefois
	2	Je me réveille 2 heures plus tôt que de coutume et il m'est difficile de retrouver le sommeil
	4	Je me réveille très tôt chaque jour, et je ne pas dormir plus de 5h
<hr/>		
XVII	0	Je ne me fatigue pas plus que d'habitude
	1	Je suis fatigué(e) plus facilement que d'habitude
	2	Faire quoi que ce soit me fatigue
	3	Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit
<hr/>		
XVIII	0	Mon appétit est toujours aussi bon
	1	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
	2	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
	3	Je n'ai plus du tout d'appétit
<hr/>		
XIX	0	Je n'ai pas perdu de poids ou si j'en ai perdu c'est tout récent
	1	J'ai perdu plus de deux kilos
	2	J'ai perdu plus de quatre kilos
	3	J'ai perdu plus de sept kilos
<hr/>		

- | | | |
|----|---|---|
| XX | 0 | Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude |
| | 1 | Je suis préoccupé(e) par des douleurs, des maux de ventre, de la constipation, ou parce que je ressens des sensations physiques, désagréables |
| | 2 | Je m'inquiète tellement de ce que je ressens qu'il m'est difficile de penser à autre chose |
| | 3 | Je suis totalement absorbé(e) par ce que je ressens physiquement |
-

- | | | |
|-----|---|---|
| XXI | 0 | Je n'ai noté aucune modification récente de mon appétit sexuel |
| | 1 | Je suis moins intéressé(e) que d'habitude par les choses sexuelles |
| | 2 | Je suis maintenant beaucoup moins intéressé(e) par les choses sexuelles |
| | 3 | J'ai perdu tout intérêt pour les choses sexuelles |

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE J : Questionnaire d'évaluation personnelle

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE (STAI)

No d'identification : _____

 Date _____
 année / mois / jour

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encadrant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis tendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens surmené	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens tranquille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bouleversé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis préoccupé actuellement par des malheurs possibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens comblé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens effrayé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens à l'aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens sûr de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis affligé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens indécis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis détendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens satisfait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis préoccupé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens tout mêlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que j'ai les nerfs solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentiez en général. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens nerveux et agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens content de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression d'être un raté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens reposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis d'un grand calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'en fait trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis heureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des pensées troublantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je manque de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre des décisions m'est facile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prend les déceptions tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis une personne qui a les nerfs solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je deviens tendu ou bouleversé quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE K : Échelle d'évaluation du TOC de Yale-Brown

Échelle d'évaluation du trouble obsessionnel-compulsif de Yale-Brown (Y-BOCS)

Nom du patient

Date du 1^{er} rapport

Traitement

Date du présent rapport

Directives: Remplissez la liste de contrôle des symptômes (verso) avant de faire passer le test (Y-BOCS) ci-dessous. Durant le test, mentionnez spécifiquement les principales obsessions et compulsions du patient.

	Aucun	Bénin	Modéré	Grave	Extrême
1. TEMPS ACCORDÉ AUX OBSESSIONS	0	1	2	3	4
2. INTERFÉRENCE CAUSÉE PAR LES OBSESSIONS	0	1	2	3	4
3. DÉTRESSE CAUSÉE PAR LES OBSESSIONS	0	1	2	3	4
	Résiste vraiment				Cède complètement
4. RÉSISTANCE	0	1	2	3	4
	Maîtrise complète	Bonne maîtrise	Maîtrise modérée	Maîtrise faible	Aucune maîtrise
5. MAÎTRISE DES OBSESSIONS	0	1	2	3	4
SOUS-TOTAL – OBSESSIONS (points 1-5)					<input type="text"/>
	Aucun	Bénin	Modéré	Grave	Extrême
6. TEMPS ACCORDÉ AUX COMPULSIONS	0	1	2	3	4
7. INTERFÉRENCE CAUSÉE PAR LES COMPULSIONS	0	1	2	3	4
8. DÉTRESSE CAUSÉE PAR LES COMPULSIONS	0	1	2	3	4
	Résiste vraiment				Cède complètement
9. RÉSISTANCE	0	1	2	3	4
	Maîtrise complète	Bonne maîtrise	Maîtrise modérée	Maîtrise faible	Aucune maîtrise
10. MAÎTRISE DES COMPULSIONS	0	1	2	3	4
SOUS-TOTAL – COMPULSIONS (points 6-10)					<input type="text"/>
COTE TOTAL SUR Y-BOCS (points 1-10)					<input type="text"/>

Y-BOCS - Liste de contrôle des symptômes

Directives: À partir de la liste de symptômes du TOC, créez une liste descriptive du patient en le questionnant sur ses obsessions et compulsions. Cochez tous les symptômes qui s'appliquent. Distinguez les symptômes actuels des symptômes anciens. Marquez les principaux symptômes d'un « p ». Les symptômes cochés forment la liste descriptive. Les symptômes marqués d'un «-» ne sont pas nécessairement associés au TOC.

OBSESSIONS AGRESSIVES

Actuel Ancien

- _____ A peur à l'idée de se blesser
 _____ A peur à l'idée de blesser d'autres personnes
 _____ Images violentes ou horribles
 _____ A peur à l'idée de laisser échapper des obscénités ou des insultes
 _____ A peur à l'idée de faire quelque chose d'embarrassant (autre que précédent) *
 _____ A peur à l'idée d'agir sous l'influence d'impulsions indésirables (p. ex. poignarder un ami)
 _____ A peur à l'idée de voler des choses
 _____ A peur à l'idée de blesser les autres par inattention (p. ex. accident de voiture)
 _____ A peur à l'idée d'être responsable d'un autre événement terrible (p. ex. feu, vol)
 _____ Autre _____

OBSESSIONS DE CONTAMINATION

- _____ Inquiétude ou dégoût au sujet des sécrétions corporelles (p. ex. urine, selles, salive)
 _____ Inquiétude au sujet de la saleté ou des microbes
 _____ Inquiétude excessive au sujet des contaminants environnementaux (p. ex. amiante, radiation, déchets toxiques)
 _____ Inquiétude excessive au sujet des produits domestiques (p. ex. nettoyants, solvants)
 _____ Inquiétude excessive au sujet des animaux (p. ex. insectes)
 _____ Ennuagé par les substances collantes et les résidus
 _____ S'inquiète à l'idée de se rendre malade avec un contaminant
 _____ S'inquiète à l'idée de se rendre malade en répandant un contaminant (agressif)
 _____ Ne s'inquiète pas des conséquences de la contamination sauf pour ce qu'il ressentirait
 _____ Autre _____

OBSESSIONS SEXUELLES

- _____ Pensées, images ou impulsions interdites ou perverses
 _____ Contenu porte sur les enfants ou l'inceste
 _____ Contenu porte sur l'homosexualité *
 _____ Comportement sexuel envers les autres (agressif) *
 _____ Autre _____

OBSESSIONS D'ACCUMULATION/D'ÉCONOMIE

(à distinguer des passe-temps et de l'attachement pour les objets ayant une valeur économique ou sentimentale)

OBSESSIONS RELIGIEUSES (scrupulosité)

- _____ S'inquiète du sacrilège et des blasphèmes
 _____ Inquiétude excessive au sujet du bien et du mal, de la moralité
 _____ Autre _____

OBSESSION POUR LA SYMÉTRIE OU L'EXACTITUDE

- _____ Accompagnée de pensée magique (p. ex. pense qu'un autre pourrait avoir un accident si les choses ne sont pas à leur place normale)
 _____ Non accompagnée de pensée magique

OBSESSIONS DIVERSES

- _____ Besoin de savoir ou de se souvenir
 _____ Peur de dire certaines choses
 _____ Peur de ne pas dire la bonne chose
 _____ Peur de perdre quelque chose
 _____ Images importunes (non violentes)
 _____ Sons, mots ou musique importuns qui n'ont pas de sens
 _____ Ennuagé par certains sons/bruits *
 _____ Chiffres chanceux/malchanceux
 _____ Couleurs ayant une signification spéciale
 _____ Peurs superstitieuses
 _____ Autre _____

OBSESSIONS SOMATIQUES

Actuel Ancien

- _____ Inquiétude au sujet de la maladie *
 _____ Inquiétude excessive au sujet d'une partie du corps ou de son apparence (p. ex. dysmorphophobie) *
 _____ Autre _____

COMPULSIONS DE LAVAGE/NETTOYAGE

- _____ Lavage des mains excessif ou ritualisé
 _____ Douche, bain, brossage des dents, toilette ou habitude de toilette excessif ou ritualisé
 _____ Nettoyage des articles de maison ou autres objets inanimés
 _____ Autres mesures pour prévenir le contact avec les contaminants
 _____ Autre _____

COMPULSIONS DE VÉRIFICATION

- _____ Vérifier les serrures, la cuisinière, les appareils électriques, etc.
 _____ S'assurer qu'on n'a pas/ne va pas blesser les autres
 _____ S'assurer qu'on ne s'est pas/ne va pas se blesser
 _____ S'assurer que rien de terrible n'est arrivé/ va arriver
 _____ S'assurer qu'on n'a pas fait d'erreur
 _____ Vérification liée à une obsession somatique
 _____ Autre _____

RITUELS RÉPÉTITIFS

- _____ Relire ou réécrire
 _____ Besoin de répéter les activités de routine (p. ex. entrer/sortir, s'asseoir/se lever)
 _____ Autre _____

COMPULSIONS DE COMPTAGE

COMPULSIONS DE METTRE EN ORDRE / PLACER

COMPULSIONS D'ACCUMULER / COLLECTIONNER

(à distinguer des passe-temps et de l'attachement pour les objets ayant une valeur économique ou sentimentale (p. ex. lire en entier la publicité importune, empiéter les vieux journaux, trier les vidanges, collectionner les objets inutiles))

COMPULSIONS DIVERSES

- _____ Rituels mentaux (sauf vérifier/compter)
 _____ Création excessive de listes
 _____ Besoin de dire, demander ou confesser
 _____ Besoin de toucher, tapoter ou froter *
 _____ Rituels impliquant le clignotement des yeux ou le fait de dévisager quelqu'un *
 _____ Mesures prises (pas des vérifications) pour prévenir les blessures à soi-même ; les blessures aux autres ; les conséquences terribles
 _____ Comportements ritualisés durant les repas *
 _____ Comportements superstitieux
 _____ Trichotillomania *
 _____ Autres comportements auto-mutilants *
 _____ Autre _____



ION CANADA LIMITÉE
 1956, rue Bourdon
 Montréal (Québec) H4M 1V1

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE L : Five Facet Mindfulness Questionnaire, adaptation française

Five Facets Mindfulness Questionnaire

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée.
Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

	1 <i>jamais ou très rarement vrai</i>	2 <i>rarement vrai</i>	3 <i>parfois vrai</i>	4 <i>souvent vrai</i>	5 <i>très souvent ou toujours vrai</i>
1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelconque façon distrait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis facilement distrait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version originale : Baer et al. (2008)
Adaptation et validation francophone : Heeren et al. (2011)

17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)

ANNEXE M. Échelle d'alexithymie de Toronto

TAS-20 – Vos Emotions

Version française : M.P. Marchand et G. Loas (1994).

Indiquez en utilisant les indications qui figurent ci-dessous à quel point vous êtes en **Accord ou en Désaccord** avec chacune des affirmations qui suivent. Ne donnez qu'une réponse pour chaque proposition, puis reportez dans la case de droite le chiffre correspondant.

DESACCORD COMPLET	DESACCORD RELATIF	NI ACCORD NI DESACCORD	ACCORD RELATIF	ACCORD COMPLET
1	2	3	4	5

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments. | 1 | __ |
| 2) J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments. | 2 | __ |
| 3) J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas. | 3 | __ |
| 4) J'arrive facilement à décrire mes sentiments. | 4 | __ |
| 5) Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire. | 5 | __ |
| 6) Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère. | 6 | __ |
| 7) Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps. | 7 | __ |
| 8) Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour. | 8 | __ |
| 9) J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier. | 9 | __ |
| 10) Être conscient(e) de ses émotions est essentiel. | 10 | __ |
| 11) Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens. | 11 | __ |
| 12) On me dit de décrire davantage ce que je ressens. | 12 | __ |
| 13) Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi. | 13 | __ |
| 14) Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère. | 14 | __ |
| 15) Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments. | 15 | __ |
| 16) Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques. | 16 | __ |

- | | | |
|---|----|----|
| 17) Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches. | 17 | __ |
| 18) Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence. | 18 | __ |
| 19) Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels. | 19 | __ |
| 20) Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent. | 20 | __ |

(Autorisation de reproduction obtenue des auteurs)